

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1934-1935. — N° 28

---

# Diagnostic du Cancer du Corps Utérin

(En particulier avec les Métrites)

Travail de la clinique chirurgicale du Professeur BÉRARD  
et de la clinique chirurgicale du Professeur LECLERC (Dijon)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 27 novembre 1934*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

**FRÉDÉRIC-P. LECLERC**

Interne des Hôpitaux de Lyon

Lauréat de la Faculté

*né à Lyon, le 20 mai 1905*



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD & PRIVAT

15, rue Bossuet, 15

---

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1934-1935. — N° 28

---

# Diagnostic du Cancer du Corps Utérin

(En particulier avec les Métrites)

Travail de la clinique chirurgicale du Professeur BÉRARD  
et de la clinique chirurgicale du Professeur LECLERC (Dijon)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 27 novembre 1934*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

**FRÉDÉRIC-P. LECLERC**

Interne des Hôpitaux de Lyon

Lauréat de la Faculté

*né à Lyon, le 20 mai 1905*



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD & PRIVAT

15, rue Bossuet, 15

---

1934

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| DOYEN HONORAIRE. . . . . | M. H. HUGOUNENQ |
| DOYEN. . . . .           | M. J. LEPINE    |
| ASSESEUR. . . . .        | M. MOREL        |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET,  
BARRAL, ROLLET, PIC, CONDAMIN

## PROFESSEURS

|                                                               |                    |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| Cliniques médicales . . . . .                                 | MM. PAVIOT<br>SAVY |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                             | TIXIER<br>BERARD   |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .              | VORON              |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                            | BONNET             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .     | NICOLAS            |
| Clinique neurologique et psychiatrique. . . . .               | LEPINE (J.)        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                   | MOURIQUAND         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                    | VILLARD            |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . . .                    | COLLET             |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .           | GAYET              |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie. . . . .       | NOVE-JOSSERAND     |
| Clinique et prophylaxie de la tuberculose . . . . .           | COURMONT           |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . .   | CLUZET             |
| Chimie biologique et médicale . . . . .                       | FLORENCE           |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                     | MOREL              |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                        | MANCEAU            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .        | GUIART             |
| Anatomie. . . . .                                             | LATARJET           |
| Histologie . . . . .                                          | POLICARD           |
| Physiologie . . . . .                                         | HERMANN            |
| Pathologie interne. . . . .                                   | FROMENT            |
| Pathologie générales et Thérapeutiques. . . . .               | CADE               |
| Anatomie pathologique . . . . .                               | FAVRE              |
| Chirurgie opératoire . . . . .                                | PATEL              |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie . . . . . | ARLOING (F.)       |
| Médecine légale. . . . .                                      | ETIENNE MARTIN     |
| Hygiène . . . . .                                             | ROCHAIX            |
| Pharmacie et Pharmacologie . . . . .                          | LEULIER            |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .            | PIERY              |

## PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

|                                                            |                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------|
| Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale . . . . . | MM. THEVENOT (Léon) |
| Chargé d'un cours d'Embriologie . . . . .                  | NOEL                |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| Chirurgie expérimentale. . . . . | MM. TAVERNIER |
| Stomatologie. . . . .            | PONT          |

## AGRÉGÉS

|                 |            |             |              |
|-----------------|------------|-------------|--------------|
| MM.             | MM.        | MM.         | MM.          |
| DUMAS           | WERTHEIMER | EPARVIER    | CREYSSSEL    |
| DUFOURT         | GATE       | GUILLEMINET | DE ROUGEMONT |
| DEVIC           | DECHAUME   | MORENAS     | RAVAULT P.   |
| GABRIELLE       | BERNHEIM   | REBATTU     | PIGEAUD      |
| MARTIN (Joseph) | POLLOSSON  | REVOL       | PONTHUS      |
| ROCHET (Ph.)    | CHAMBON    | ENSELME     |              |
|                 | CIBERT     | SEDALLIAN   |              |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; LATARJET, COTTE, CIBERT, Assesseurs

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*



A MON PÈRE.

A mon Maître,

M. LE PROFESSEUR L. BÉRARD.

*En témoignage de notre très grande  
admiration et de notre très sincère  
reconnaissance ; en remerciement de  
ce qu'en toute occasion il a fait pour  
nous.*

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY,

M. LE PROFESSEUR LATARJET.

*Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge. Sa présence nous fournit l'occasion de lui exprimer l'assurance de notre très vive et très respectueuse admiration.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

*Un semestre, passé dans son service, nous a permis d'admirer sa technique rigoureuse et brillante, la clarté de son enseignement. Qu'il veuille trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CIBERT.

*Nous avons passé plusieurs semestres à ses côtés. Nous le remercions de la confiance qu'il nous a toujours montrée.*

A M. LE PROFESSEUR R. LERICHE.

*Nous avons passé une année dans son laboratoire et un semestre dans son service. Nous sommes heureux de le remercier ici de l'enseignement qu'il nous a donné et de lui exprimer l'assurance de notre respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR RICARD.

*qui a bien voulu nous accueillir dans sa conférence de chirurgie. En témoignage de notre remerciement.*

Nous tenons à remercier, ici, nos camarades R. PERRON et MARCEL BÉRARD, internes des hôpitaux, qui se sont astreints à relire nos épreuves.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX,

HOPITAUX DE DIJON

*Externat*

M. LE PROFESSEUR G. PETITJEAN.

M. LE PROFESSEUR G. LECLERC.

HOPITAUX DE LYON

*Externat*

M. LE PROFESSEUR TAVERNIER.

M. LE PROFESSEUR TIXIER.

M. LE DOCTEUR GOYET.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER.

M. LE DOCTEUR BÉRIEL.

*Internat*

M. LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND.

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

M. LE PROFESSEUR PATEL.

M. LE PROFESSEUR BÉRARD.

M. LE PROFESSEUR LERICHE.

M. LE PROFESSEUR BÉRARD.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

*La seule base solide, sur laquelle puisse reposer une pratique chirurgicale honnête et efficace, est constituée par deux assises inébranlables qui, par la force même des choses et quels que soient les progrès ultérieurs, resteront toujours essentiellement les deux mêmes. Ce sont :*

- 1) L'anatomie macroscopique normale ;*
- 2) L'anatomie macroscopique pathologique qui permet de reconnaître, en première approximation, les lésions organiques qui rendent nécessaires l'intervention du chirurgien.*

*Cette anatomie pathologique, faite seulement avec le secours de l'œil et du toucher, doit être aujourd'hui très souvent complétée par des examens microscopiques et bactériologiques.*

*Seuls ceux-ci peuvent rendre aussi exact que possible un diagnostic anatomique jusque-là simplement probable.*

P. LECÈNE.



## INTRODUCTION

La pathologie utérine des femmes âgées, après avoir été, pendant longtemps, une des questions les plus obscures de la gynécologie, s'est brusquement, ces dernières années, simplifiées à l'extrême.

Dans un esprit de clarification et dans le but d'amplifier la propagande anti-cancéreuse, les gynécologues, français surtout, ont cherché à ramener les maladies génitales de la femme, après la ménopause, aux fibromes, aux kystes, aux cancers du col et du corps utérin. Petit à petit furent éliminées les innombrables affections qu'avaient autrefois décrites les cliniciens et les anatomistes.

L'utérus sénile ne devait plus manifester sa présence, sous peine d'être impitoyablement enlevé, et l'on a peu à peu refusé à la femme âgée le droit de présenter les mêmes maladies que la femme jeune. Nous ne pensons pas que cette manière de voir soit conforme à la réalité. N'est-ce pas, en effet, simplifier à l'excès et se refuser à admettre qu'il existe un chapitre de la gynécologie qui nous échappe encore en partie.

Il existe incontestablement des femmes qui présentent des hémorragies *après la ménopause* et qui,

cependant, ne sont point atteintes de cancer. Ce sont les cas qui nous intéressent, surtout dans cette thèse, par la difficulté de leur diagnostic avec le néoplasme du corps. Mais nous pensons que difficile ne veut pas dire impossible et nous étudierons la valeur des procédés d'investigation qui sont mis à notre disposition.

Quelle est la cause de ces hémorragies ? C'est ce qui nous paraît encore bien difficile à expliquer de façon satisfaisante. Il nous suffit actuellement de constater le fait.

Ce travail nous a été inspiré par notre père et par notre maître, le Professeur Bérard ; ils ont bien voulu mettre à notre disposition les observations de leurs services.

Nous avons donc deux statistiques, venant de sources différentes, venant toutes deux de services non spécialisés, c'est-à-dire reflétant l'opinion de chirurgiens de chirurgie générale. C'est pourquoi peut-être l'on a appliqué au cancer utérin les méthodes générales de recherches qui valent, non pas seulement pour une question donnée, mais pour l'ensemble des problèmes de la chirurgie courante.

Ces documents sont indépendants l'un de l'autre ; les enseignements que l'on en peut tirer, par conséquent, ne sont pas dus à des directives préalables, mais à une similitude de conclusions qui s'imposent par le simple exposé des faits.

---

## EXPOSÉ DE NOTRE STATISTIQUE

Nos observations cliniques sont classées en deux groupes. Dans le premier, nous avons rangé nos cas de cancers utérins, nous n'avons pas mis à part les sarcomes qui, au point de vue du diagnostic, se présentent de la même façon que les épithéliomas glandulaires. Ces observations sont numérotées, en chiffres arabes.

Dans le deuxième groupe, nous avons classés les malades atteints de lésions bénignes du corps utérin — nous les avons numérotés en chiffres latins —. Nous n'avons retenu que celles qui avaient un intérêt diagnostique, c'est-à-dire que nous avons éliminé, dans cette série d'observations, toutes les métrorragies de causes évidentes. Autrement dit nous avons mis, d'un côté les hémorragies dues aux tumeurs malignes du corps, de l'autre celles ne relevant pas d'une hystérectomie.

Nos observations sont au nombre de 140, se décomposant ainsi :

61 épithéliomas glandulaires.

9 épithéliomas pavimenteux.

2 sarcomes utérins.

72 tumeurs malignes de l'utérus.

51 hyperplasies glandulaires bénignes et polypes muqueux.

7 métrites inflammatoires et hyométries.

3 polypes fibreux.

2 kystes de l'ovaire.

2 muqueuses normales.

1 tuberculose utérine.

1 utérus scléreux.

1 cas douteux.

---

67 lésions du corps utérin et des annexes, plus un cas douteux (obs. LXVIII). Nous avons rangé parmi les métrites deux petits kystes ovariens accompagnés de lésions importantes de la muqueuse utérine.

Nous avons également classé nos malades d'après leur âge ou, plus exactement, d'après l'époque de leur ménopause.

#### *A. Avant la ménopause*

Tumeurs malignes du corps utérin : 17.

21 métrites hyperplasiques et polypes muqueux.

2 kystes de l'ovaire.

1 tuberculose de l'utérus.

1 métrorragie avec muqueuse normale.

---

soit 25 lésions bénignes.

B. *Après la ménopause*

Tumeurs malignes du corps utérin : 55.

- 30 métrites hyperplasiques et polypes muqueux.
- 7 métrites inflammatoires et pyométries.
- 3 polypes fibreux.
- 1 kyste de l'ovaire.
- 1 utérus scléreux.
- 1 muqueuse normale.
- 1 cas douteux.

—  
soit 43 lésions sans malignité et un cas suspect.

Nous avons complété cette statistique clinique par des observations histologiques recueillies au laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur Favre.

Nous avons relevé 370 comptes-rendus histologiques.

En particulier, nous avons noté 319 résultats de curettage biopsique fait pour affections du corps de l'utérus, à *l'époque de la ménopause ou après elle*, se résumant ainsi :

- 69 épithéliomas glandulaires du corps.
- 10 épithéliomas pavimenteux.

79 tumeurs malignes.

158 métrites hyperplasiques.  
21 polypes.  
11 métrites inflammatoires.  
10 débris placentaires.  
6 muqueuses normales.  
2 siphilis utérines.

208 lésions bénignes.

28 réponses non affirmatives.  
4 curettages inutilisables.

32

---

319 examens histologiques.

---

## PREMIÈRE PARTIE

### **Étude anatomique**

Nous ne nous étendrons pas sur l'étude anatomique du cancer utérin. La thèse de notre camarade Bisch l'a mise définitivement au point et les formes rares du cancer (épithélioma pavimenteux, cancer totaux ont été récemment étudiés et décrits dans la thèse de Popovitch et dans les travaux du Professeur Tixier.

Nous ne voulons, ici, que mettre en relief certains détails dont découleront nos conclusions diagnostiques, et de plus étudier les rapports existant entre le néoplasme et les états voisins : *l'hyperplasie utérine, les états pré-cancéreux.*

---

## CHAPITRE PREMIER

### **Anatomie macroscopique**

L'utérus cancéreux, que l'on vient d'enlever, est le plus souvent volumineux et donne au toucher l'impression de molesse ; dans le ventre, en général, on ne peut que faire ces deux constations ; à moins

d'une tumeur très avancée ayant déjà envahi le péritoine, rien ne peut faire penser qu'à l'intérieur de l'organe se cache un néoplasme. L'utérus n'est pas toujours, d'ailleurs, aussi gros qu'on le dit classiquement et le Professeur Tixier insiste sur ce fait que, souvent, la tumeur évolue sur de petits utérus séniles.

La pièce opératoire ouverte, l'on peut se trouver en présence de plusieurs formes. En général, la tumeur est localisée au fond utérin, cette situation répond à la majorité des cas. Beaucoup plus rarement le cancer se trouve au niveau d'une corne où il pourrait facilement passer inaperçu au cours du curettage si l'on n'était pas prévenu. Le cancer des cornes est d'ailleurs une localisation rare ; nous ne l'avons rencontré que trois fois dans nos 72 observations.

Il peut encore revêtir la forme d'un polype ayant tendance à s'accroître du côté de la cavité utérine.

Les formes diffuses paraissent plus rares que les formes localisées. Mais, même lorsque le cancer est étendu à toute la muqueuse, le processus néoplasique s'arrête toujours très nettement à l'orifice supérieur de l'isthme, sauf dans une forme récemment individualisée par le Professeur Tixier, le cancer total qui envahit complètement l'utérus — corps, isthme et col — ; nous en rapportons un chiffre assez élevé d'observations ayant rencontré dix fois cette forme, cependant considérée comme rare, de cancer utérin.

Diffus ou localisé, le cancer se traduit soit par une ulcération formant un plaque, à bord assez net, s'étendant en surface, soit par une tumeur végétante

constituée par des bourgeons plus ou moins volumineux, d'odeur fétide, envahissant la cavité de l'utérus.

Ces formes végétantes, en choux-fleurs, correspondent à la grande majorité des cas ; l'utérus est fréquemment comblé entièrement de ces fongosités dont l'aspect et l'odeur font immédiatement dire : cancer. Cependant malgré la netteté de ces lésions, le diagnostic macroscopique du néoplasme n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire. Pièce en mains, il est aisé de se tromper, de prendre pour malignes des lésions qui n'offrent pas de gravité. Rien ne ressemble plus au néoplasme que certaines métrites hyperplasiques ; même aspect fongueux, vilieux, polypeux de la muqueuse, même utérus volumineux rempli de débris que l'on a trop tendance à croire cancéreux. La confusion est également facile avec certains polypes sphacelés, et les erreurs commises sont très nombreuses. A plus forte raison, vouloir faire le diagnostic sur la vue de fongosites retirées par le curetage paraît bien difficile. Nous avons, dans nos observations, de nombreux cas d'erreurs de cet ordre (obs. métrite VII, XVI, XXI, XXII, XXVI), etc. Huit fois l'on pratiqua une hystérectomie sur la simple vue de fongosités ramenées par la curette, huit fois l'hystérectomie était inutile, l'utérus enlevé ne présentait que des lésions de métrite.

L'anatomie macroscopique seule est donc insuffisante pour affirmer le néoplasme du corps, c'est à l'histologie en définitive à fixer le diagnostic.

## CHAPITRE II

### Anatomie microscopique

#### a) *L'épithélioma glandulaire*

La cancer du corps est, en règle générale, un *cancer glandulaire*, c'est-à-dire non radio-sensible.

Une coupe histologique montre, avant tout, les altérations glandulaires. Ces glandes considérablement multipliées forment d'innombrables replis, ramifiés en tous sens. Les tubes composent de volumineux massifs à configuration complexe, creusés de cavités à revêtement cylindrique, travées plus ou moins larges, percées de capricieuses lacunes. Ils sont déformés, irréguliers, leur lumière est excentrique ; parfois, ils émettent des prolongements. Les cellules de ces tubes sont disposées en plusieurs couches superposées, elles prennent quelquefois, dans les formes très atypiques, un aspect cubique, leurs noyaux sont très modifiés ; hypertrophiés, ils présentent de nombreuses figures de segmentation irrégulière. Les cariokynèses sont en très grand nombre, le plus souvent anormales, avec de nombreuses sphères attractives.

La *basale n'est pas respectée*, elle est effondrée

par la prolifération anarchique des cellules cancéreuses, élément capital de diagnostic. Au niveau du stroma, le tissu conjonctif, séparant les cordons glandulaires, est très raréfié ; il a quelquefois disparu. Les glandes sont pressées les unes contre les autres, sans aucune interposition. Détail important, il est, en général, rempli de leucocytes, d'éléments inflammatoires, de plasmazellen.

Le myomètre sous-jacent est profondément infiltré par les glandes cancéreuses au niveau de la tumeur ; dans les parties voisines, il est, en général, augmenté d'épaisseurs de façon importante ; quelquefois, au contraire, il est très mince. Enfin, on peut retrouver, au niveau d'îlots lymphatiques, des cellules néoplasiques qui vont, dans les cas avancés, propager au loin le cancer.

Cette forme, la plus habituelle, est la seule qui ressemble à l'hyperplasie glandulaire. En général, la lecture des coupes est aisée, Moulonguet, Lecène, J. Quénu, Novak y insistent ; la différence, cependant, peut être, dans certains cas, assez difficile à saisir si l'histologiste n'a pas plusieurs fragments à sa disposition, s'il n'existe pas de muscle dans le prélèvement.

*b) Formes histologiques plus rares  
du cancer utérin*

Le cancer glandulaire n'est pas la seule forme histologique que l'on puisse rencontrer.

1. *Il existe des épithéliomas mixtes* ou l'on trouve

des îlots de cancer glandulaire se constituant directement avec des plages de néoplasmes malpighiens. Nous en avons quatre exemples dans nos 72 observations. Moulonguet cite cette forme comme assez souvent rencontrée.

2. *Le cancer pavimenteux* pur est plus fréquent. Il présente plus d'intérêt, puisque théoriquement il serait radio-sensible. Sa fréquence est diversement appréciée. Certains auteurs, comme Reeb, en ont de nombreux exemples (59 sur 510 cas après la ménopause). Nous en avons rencontré neuf sur les 72 néoplasmes de notre statistique hospitalière. Nous en avons relevé dix, d'autre part, sur 79 cancers diagnostiqués au laboratoire. Cette forme histologique n'est donc pas une rareté. Peut-être serait-il intéressant de la reconnaître avant d'entreprendre une thérapeutique, puisque influençable par le radium.

Histologiquement, ce néoplasme n'offre que, de place en place les traits caractéristiques de son origine malpighienne, et il est même possible que les métastases soient du type glandulaire (Champy). Les uns se rapprochent du type spino-cellulaire, le plus souvent par place du type baso-cellulaire.

3. Il existe des *formes absolument atypiques* formées de cellules plus ou moins semblables, se groupant en travées ramifiées et anastomosées. Nous avons trois observations de cette variété qui est considérée comme rare.

*c) Formes d'aspect très peu atypiques*

A l'opposé de ces cancers très anarchiques, il existe des néoplasmes au contraire moins atypiques que le cancer glandulaire banal même. Moulonguet les a mis en relief dans un article récent.

Ces tumeurs paraissent, histologiquement, se rapprocher des lésions bénignes de la muqueuse utérine, tout en conservant nettement et franchement leurs caractères cancéreux.

Le muscle n'est pas envahi, la prolifération cellulaire n'est pas anarchique, les monstruosité ne se voient pas. Ces formes paraissent dériver de l'adénome diffus. Les proliférations épithéliales sont arborescentes, charpentées par un minimum de stroma, les revêtements glandulaires sont dos à dos. Les cellules épithéliales sont petites, à protoplasme indifférencié, elles ont acquis de nouvelles affinités tinctoriales. Ce qui frappe, dans certaines autres formes, c'est la rupture de l'équilibre qui existe normalement entre l'épithélium et le stroma, et l'énorme prolifération glandulaire.

Il serait sans doute intéressant de savoir si ces cancers ou la désorganisation cellulaire semblent moindre que dans ceux que l'on rencontre habituellement, correspondent à des formes cliniques d'évolution particulièrement lente. Certains auteurs le prétendent, mais, au vrai, rien encore ne le prouve.

Ces formes posent d'autres problèmes intéressants.

Ne sont-elles pas, en effet, proches des tumeurs bénignes ? Lecène écrit que c'est au niveau de la muqueuse du corps utérin que l'on peut rencontrer toutes les transitions entre le néoplasme et la néoformation sans malignité.

Mais, quoiqu'il en soit, les caractères histologiques sont, dans tous les cas, toujours suffisamment nets pour permettre la différenciation entre les deux variétés de lésions.

---

## CHAPITRE III

### Évolution

L'évolution du cancer utérin est très lente. Il faut plusieurs années au néoplasme pour envahir le péritoine, pour dépasser le stade de maladie purement locale où il se cantonne. Longtemps il évolue surtout en surface, le muscle réagissant par un épaissement quelquefois très important, avant d'être envahi. A la longue, la paroi utérine se laisse distendre, s'amincit, et, c'est dans les cas avancés seuls, qu'une mince couche musculaire sépare la tumeur du péritoine viscéral.

Le paramètre n'est pas envahi, car, comme l'ont montré Leveuf et Godard, les lymphatiques du corps se détachent au niveau de ses angles, suivent les vaisseaux utéro-ovariens, vont se jeter dans les ligaments infundibulo-pelviens et, de là, dans les ganglions lombaires du côté correspondant. La base du ligament large n'est donc que rarement et très tardivement pénétrée par le cancer. Le péritoine atteint, le premier organe cancérisé est souvent l'S iliaque. Notre maître, le Professeur Bérard, en a publié, en 1910, une observation typique ; nous en avons également une observation dans notre statis-

tique (obs. 3). Le grêle, l'épiploon peuvent être également atteints.

Malgré la lenteur de son évolution, si rien n'entrave son développement. le cancer se propage à distance.

Nous avons vu que les ganglions du paramètre ne sont que rarement atteints et que la propagation lymphatique était très lente.

La propagation au vagin n'est pas plus fréquente. Le Professeur Tixier l'a fait étudier dans la thèse de son élève Mikailovith où, trois cas sur 27 observations, sont rapportés. Nous-même en avons observé trois sur nos 72 cancers utérin (obs. 18, 24, 44). Nous faisons observer, d'ailleurs, qu'aucune de ces malades n'avaient subi de curettage avant l'hystérectomie, et que, dans nos trois cas, on ne peut incriminer une manœuvre intra-utérine comme le fait J. Duval dans sa thèse.

L'envahissement des ovaires se rencontrent plus souvent, soit qu'il se fasse par la voie transtubaire, soit par la voie lymphatique. Cameron l'a constaté neuf fois sur 31 cas ; Bisch quatre fois sur 60 cas ; nous-même quatre fois sur 72 observations.

Les métastases osseuses sont rares. Bisch cite une observation dans sa thèse ; MM. Cotte et Bertrand en ont publié également un cas. Nous en avons une observation (obs. 50). Une de nos malades fut opérée à 39 ans pour un cancer du corps et fut revue six ans après, avec une métastase au niveau du col du fémur gauche.

---

## CHAPITRE IV

### Les associations

Fréquemment, le cancer utérin évolue associé à d'autres lésions génitales qui, tantôt sont au premier plan de l'histoire clinique, tantôt sont des découvertes opératoires.

#### *a) Association d'un cancer utérin et d'un fibrome*

Ces deux affections coexistent assez souvent. Nous ne les avons rencontrées que deux fois associées (obs. 9 et 18), mais ce chiffre est en-dessous des chiffres habituellement cités. Bisch, dans dix pour cent de ses observations, note cette coexistence. Duval la signale neuf fois sur 136 cancers. Les chiffres, même importants d'association de ces deux affections, n'ont d'ailleurs rien qui puissent surprendre, le nombre des fibromes restant inaperçu cliniquement étant très important.

Beaucoup moins souvent rencontrés sont les fibromes cancérisés, le myome étant le siège d'un épithélioma primitif. Piquand, dans sa thèse, a pu en réunir 19 observations dont douze sont indiscutables. Dans ces

cas, le cancer se développe au dépens d'éléments épithéliaux inclus dans la tumeur, éléments qui existent fréquemment dans les fibromes-myomes.

Nous avons également une observation de leiomyome malin (obs. 67), tumeur assez rare dont notre maître le Professeur Bérard avait déjà publié, en 1910, une observation.

*b) Association d'un goître et d'un cancer*

Nous avons noté, dans nos observations, deux fois la coexistence, probablement due à un simple hasard, d'un cancer utérin et d'un goître (obs. 51, 54). La première malade était porteuse d'un goître banal associé à un cancer utérin ; l'autre malade, plus intéressante, présentait un léger Basedow, une tumeur maligne de l'ovaire et un cancer glandulaire.

*c) Association d'un cancer utérin  
et d'une tumeur ovarienne*

Nous avons rencontré quatre fois un néoplasme associé soit à une tumeur bénigne, soit à une tumeur maligne (obs. 7, 28, 29, 51). Dans un seul cas la tumeur ovarienne était un kyste banal (obs. 7). Les trois autres étaient des tumeurs malignes.

Nous avons été frappé de ce fait que, dans deux cas (obs. 7, 29), les *néoplasmes utérins* étaient du *type pavimenteux*.

Enfin, une de nos observations (obs. 28) montre l'association de trois lésions : cancer glandulaire, tumeur végétante de l'ovaire et fibrome.

Dans 5,5 pour cent de nos cas, il y avait donc coexistence, chiffre moins important que celui de la clinique Mayo qui est de 11,9 pour cent ; que celui de Bisch (4 cas sur 60) ; plus important que celui de J. Duval qui rencontre quatre fois la coexistence sur 136 observations. Nous avons vu qu'il y a des cas où évidemment la tumeur ovarienne est secondaire au néoplasme utérin (obs. 28), mais, de même qu'il semble que les tumeurs de l'ovaire favorisent le bouleversement de la muqueuse, de même on a pu penser qu'elles facilitaient la transformation cancéreuse des glandes utérines.

Tout au moins, peut-on avancer trois choses :

1<sup>o</sup> L'association des tumeurs bénignes ou malignes de l'ovaire et de la métrite hyperplasique est un fait courant.

2<sup>o</sup> L'association tumeurs bénignes ou malignes de l'ovaire et cancer utérin n'est pas rare.

3<sup>o</sup> Les métropathies hémorragiques, d'origine ovarienne de la femme encore en période d'activité génitale, s'accompagnent d'hyperplasie glandulaire au niveau de la muqueuse du corps.

Autrement dit, les tumeurs de l'ovaire peuvent transformer la muqueuse utérine et cette transformation peut aller jusqu'au cancer.

On pourrait penser que les néoformations ovariennes amènent, *chez les femmes âgées*, la résurrection de la fonction de l'ovaire, depuis longtemps disparue,

et que ce nouvel état physiologiques s'accompagne d'un nouvel état anatomique de la muqueuse. Le fait est connu pour certaines tumeurs malignes rares, développées au dépens des cellules folliculaires, mais il reste difficile de comprendre pourquoi certaines tumeurs s'accompagneraient de cancer utérin, et pourquoi d'autres, d'un simple retour à l'état pré-mensuel, s'exagérant quelquefois jusqu'à donner les lésions de l'hyperplasie glandulaire. Ces coexistences sont d'ailleurs assez rares et il faudrait un nombre de faits semblables beaucoup plus importants pour qu'on en puisse tirer une conclusion.

Ces faits seraient plus compréhensibles si l'on admettait qu'avant de passer au stade cancéreux, l'utérus franchisse une étape d'hyperplasie simple ? Nous verrons qu'histologiquement il est bien difficile d'accepter cette façon de voir et que, cliniquement, il en est de même. Il est donc impossible d'expliquer l'action favorisante des tumeurs ovariennes sur le développement du néoplasme utérin.

Nous pensons qu'il y a là une simple coexistence et qu'on ne peut *actuellement* trouver entre les deux une relation de cause à effet.

---

## CHAPITRE V

### **Diagnostic entre cancer glandulaire et hyperplasie bénigne**

#### **Etiologie de l'hyperplasie utérine**

Nous avons vu qu'histologiquement la forme la plus fréquente du cancer du corps utérin était le néoplasme glandulaire. C'est cette forme seule qui risque d'être confondue avec l'hyperplasie bénigne. Les caractères des deux affections sont cependant suffisamment tranchées, et il existe, entre les deux, des différences que l'on peut aisément mettre en évidence.

#### HISTOLOGIE DE L'HYPERPLASIE

La coupe offre, au premier coup d'œil, un aspect bien particulier, en éponge, en fromage suisse disent les Américains. Ce qui frappe, c'est le très grand développement du système glandulaire. Les glandes extrêmement nombreuses, en dents de scie, sont groupées par place, quelques-unes de calibre normal, d'autres grossies, allongées, tortueuses, kystiques. Il n'est pas rare de rencontrer une glande invaginée dans une

autre ; les glandes ne trouvant plus de place pour se loger émettent des prolongements à l'intérieur de la lumière glandulaire elle-même (Pettit).

Les tubes sont plus espacés que dans le cancer et surtout ils sont séparés par un chorion épais. Les cellules qui les forment sont, en général, plus hautes que normalement, à une seule assise, leurs noyaux peuvent présenter des mitoses, mais l'on n'y trouve pas les monstruosités cellulaires que nous avons décrites au niveau du cancer.

Enfin, constatation capitale, la basale est toujours respectée. Le chorion est parfois sclérosé, souvent œdémateux, gorgé de suc. Autre élément important de diagnostic, le stroma n'est jamais réduit, il garde toute son importance. Il est remarquable de constater que l'on n'y trouve pas d'éléments inflammatoires, pas de plasmazellen, mais parfois de véritables cellules déciduales. Les vaisseaux sont distendus, les capillaires dilatés, certains sont thrombosés, on voit leur exsudat sous l'épithélium ; on rencontre parfois des zones de nécrose. Le myomètre est souvent pénétré par les tubes glandulaires, mais ceux-ci ont conservé leurs caractères normaux.

En somme, il existe des éléments fondamentaux de diagnostic. Les basales ne sont jamais effondrées sous la poussée cancéreuse. Un certain équilibre persiste entre les glandes et le stroma, malgré la dilatation kystique de celles-ci. Les anomalies cellulaires, les caryokinèses monstrueuses ne se voient jamais. L'hyperplasie s'apparente donc de façon frappante à une tumeur bénigne — à un *adénome* — qui peut être,

soit très localisé (quelquefois affectant la forme d'un polype), soit diffus.

La muqueuse offre de plus un aspect qui rappelle la muqueuse pré-menstruelle et lorsqu'on cherche la cause des hémorragies utérines avant la ménopause *il faut avoir soin de faire le curettage après les règles.*

Mais cet état pré-menstruel peut être considérablement exagéré; et, en réalité, on peut rencontrer tous les degrés possibles de modification depuis un état tout proche de la muqueuse normale jusqu'à la transformation adénomateuse.

En résumé, lorsque l'histologiste a à sa disposition des fragments comprenant du muscle, fragments qu'il peut couper en plusieurs sens, il a tous les éléments pour établir un diagnostic précis qu'il est seul, d'ailleurs, à pouvoir affirmer.

#### ÉTIOLOGIE DE L'HYPERPLASIE

Cette affection, nettement définie anatomiquement, a, par contre, une origine extrêmement complexe.

Longtemps englobée dans le groupe vague des métrites, ce n'est que peu à peu que l'on se rendit compte, qu'en l'absence de tous éléments inflammatoires histologiques habituels, il fallait la différencier nettement des métrites véritables.

Les malades saignant après leur ménopause et qui, cependant, n'ont ni cancer utérin, ni tumeurs ovariennes, ni vieille métrite, ont une raison de saigner. L'hyper-tension (Siredey, Keller) ne peut pas tout expliquer.

Distinguer les métrorragies de causes anatomiques connues, et celles sans causes précises, appeler celles-ci métropathies hémorragiques (Kelly) n'explique rien, d'autant plus que les lésions anatomiques existent et que nous les connaissons.

*a) Métrorragies d'origine infectieuse*

La première pensée venue à l'esprit des chirurgiens a été de faire de cette affection une maladie d'origine infectieuse.

Les malades auraient présenté autrefois *une infection utérine* qui aurait disparue cliniquement à la ménopause. La seule trace qu'elle aurait laissé, c'est cette prolifération glandulaire.

Cette explication ne nous paraît pas ici valable pour des raisons cliniques et des raisons histologiques.

1° Il est, le plus souvent, impossible de mettre en évidence une infection ancienne, une métrite post partum ou gonococcique... Le plus souvent le début est brusque, quelquefois très longtemps après la fin de la ménopause.

2° Une infection utérine laisse des traces histologiques facilement reconnaissable ; l'état infectieux ne peut brusquement disparaître d'une part, et d'autre part une inflammation au niveau de la muqueuse laisserait un *état cicatriciel*. Or, on ne retrouve pas ces reliquats dans l'hyperplasie glandulaire. Il faut donc admettre que l'on ne peut trouver là la cause de la maladie.

*b) Métrorragies d'origine ovarienne*

Les chirurgiens, ne trouvant pas de causes suffisantes au niveau de l'utérus, ont pensé à une détermination ovarienne. Nous avons vu que les kystes et les tumeurs malignes de l'ovaire (en fait, surtout les tumeurs bénignes) étaient un facteur important d'hémorragies et que, de plus, ces métrorragies s'accompagnaient de lésions d'hyperplasie glandulaire au niveau de la muqueuse utérine.

Cependant, l'on ne peut admettre que toutes les hyperplasies soient sous la dépendance d'une tumeur de l'ovaire. Très souvent, l'on ne trouve rien d'autre que la lésion utérine ; les ovaires sont anatomiquement normaux. Sur nos 26 observations de malades, opérées pour des lésions bénignes, il n'y en a eu que deux qui, perdant après la ménopause, présentaient des lésions ovariennes. Moulonguet et Lecène examinant les ovaires, au point de vue histologique, des femmes présentant une hyperplasie utérine, trouvèrent fréquemment une glande très développée, mais, disent-ils, on ne peut en tirer aucune conclusion. M. Policard, à la Société de Chirurgie de Lyon, exprime l'hypothèse de l'irritation possible des plexus nerveux ovariens, par une petite tumeur ; cela suffirait, dit-il, pour causer des métrorragies. Mais Moulonguet, irritant expérimentalement ces plexus, n'obtint pas de modifications de la muqueuse. Schröder invoque l'existence de petits kystes folliculaires.

Mais il faut que les tumeurs ovariennes, petites ou grandes, existent et, nous l'avons dit, ces faits ne sont pas courants alors que les métrorragies après la ménopause sont fréquentes.

Les lésions histologiques de l'hyperplasie ressemblent, à s'y méprendre, à l'état pré-menstruel, qui se trouve sous la dépendance de la fonction ovarienne et folliculaire, aussi a-t-on voulu rattacher l'hyperplasie à un trouble de la fonction ovarienne, à un désordre endocrinien (Pankow, Schröder, Novak...). La persistance du follicule mur ou kystique, en l'absence du corps jaune, la continuité de son action, jamais interrompue, expliquerait que la muqueuse reste à l'état pré-menstruel congestif. L'hémorragie serait faite de cet état (Novak, Thornwell), etc... Cette explication, si elle est excellente pour les hémorragies de la vie génitale active de la femme ou même de la ménopause, nous paraît impossible à accepter pour des pertes survenant deux, quatre, cinq, dix ans après elle. Le rôle de l'ovaire est terminé ; c'est une glande morte, on ne voit pas comme elle recommencerait à agir sur la muqueuse utérine.

Il existe cependant des observations de pontes ovulaires retardées, avec reprises de règles, après une longue interruption. M. Cotte en cite quelques cas dans son traité. Mais ces faits sont exceptionnels, et nous ignorons l'état de la muqueuse utérine de ces malades.

D'ailleurs, il existe des métrorragies après la ménopause chez des femmes dont la muqueuse utérine est parfaitement normale, Nous en avons deux obser-

vations cliniques (obs. XXXII, LXII). Une femme de 51 ans était soignée pour des métrorragies continues. Le curettage et l'examen histologique n'avait montré qu'une muqueuse absolument normale, sans hyperplasie. Cette femme, revue quatre ans après, était en excellente santé et ne perdait plus depuis son curettage.

Le rôle de l'ovaire, s'il est incontestable pour certains cas, n'explique que quelques-unes des observations. L'hyperplasie existant après la disparition physiologique de l'ovaire et indépendamment des lésions ovariennes.

### *c) Origine hypophysaire*

L'on connaît, depuis déjà quelque temps, le rôle de l'hypophyse dans la physiologie de la vie génitale de la femme ; l'on sait, depuis les travaux de Zondeck, qu'hypophyse et ovaire sont en étroite relation et qu'ils en commandent et régularisent les manifestations actives.

Certains auteurs, allemands et américains, ont donc été amenés à penser que, si l'ovaire ne pouvait être toujours invoqué comme facteur principal de l'hyperplasie, c'était du côté du lobe antérieur de l'hypophyse qu'il fallait rechercher les causes de modification de la muqueuse utérine aboutissant à celle-ci.

Fluhmann avait déjà remarqué qu'au moment de la ménopause il y avait accumulation d'hormone hypophysaire dans le sang.

Mais les expériences les plus précises sont dues à Hofbauer et à Stockard. Stockard s'est attaché à reproduire expérimentalement les lésions d'hyperplasie. Pour ses expériences, il choisit le cobaye, dont la muqueuse utérine est identique à celle de la femme. Il s'est servi, soit d'injections de lobe antérieur d'hypophyse, soit d'extraits glandulaires greffés. L'animal sacrifié, il constata qu'il présentait un gros utérus, légèrement décoloré. Histologiquement, il obtint des lésions manifestes d'hyperplasie glandulaire. La muqueuse était épaissie, les glandes augmentées considérablement de nombre et de volume ; le tissu conjonctif augmenté également en hauteur et en épaisseur, surtout au niveau de la couche basale dont les éléments étaient grossis et plus abondants.

C'est surtout avec les greffes, plutôt qu'avec les injections qu'il put obtenir ces résultats.

Smith Engle se servant de la souris comme animal d'expérience obtint, après des greffes de lobe antérieur, la formation de kyste folliculaire des ovaires.

Hofbauer reprit ces travaux et obtint les mêmes résultats que Stockard, mais, comme les expériences jusque-là se faisaient, l'ovaire étant conservé, pour se mettre dans les conditions de la ménopause, il castré les cobayes auxquels il injecte du lobe antérieur. Les lésions de la muqueuse utérine sont alors différentes. Il n'obtient plus de transformations au niveau de la région glandulaire, mais uniquement au niveau de la région basale qui est fortement hyperplasiée.

Hofbauer en conclut que l'hyperplasie utérine est

due à un excès de fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse ; cet hyper-fonctionnement agit par l'intermédiaire de l'ovaire. Le lobe antérieur n'agit pas directement sur les glandes utérines, il n'agit directement que sur la basale.

Là encore, l'intervention de l'hypophyse ne peut pas plus que celle de l'ovaire expliquer tous les cas. Les lésions que l'on constate le plus souvent portent surtout sur les glandes utérines et non pas seulement sur la basale. Cependant, il faut remarquer que certains histologistes ont insisté sur l'importance de l'hyperplasie basale dans les métrorragies post-climatériques. Robert Meyer a décrit une hyperplasie de la basale que l'on rencontre surtout à l'âge de la ménopause et après elle. Celle-ci s'accompagne de thrombose vasculaire avec zone de nécrobiose au niveau du stroma. Les hémorragies seraient fonctions de cette nécrose. Les faits décrits par Meyer seraient donc explicables par un fonctionnement exagéré du lobe antérieur, mais encore une fois il ne semble pas correspondre à la majorité des cas.

Ils ne peuvent expliquer la production de ces métrites villeuses, polypeuses, fongueuses, traduction macroscopique de l'hyperplasie glandulaire.

#### *d) Origines pré-cancéreuses*

La notion d'état pré-cancéreux, mise en relief au point de vue général par Ménétrier, au niveau de la muqueuse de l'utérus, a été particulièrement étudiée

par Moulonguet, Lecène, Gasne, Sabrazes, Vitrac, en France ; par Taylor, aux États-Unis. C'est ce dernier qui, dans un travail publié en 1932, affirme que l'hyperplasie serait avant tout une lésion précancéreuse.

Au point de vue anatomo-pathologique, le mot « pré-cancéreux » est, en lui-même, très malheureux. Il laisse entendre que les lésions observées *sont sur le point* de se transformer, de lésions bénignes qu'elles étaient, en lésions malignes. Or, au point de vue morphologique, il n'y a qu'une alternative, ou une lésion est cancéreuse ou elle ne l'est pas. Il n'existe pas de lésions plus ou moins cancéreuses. Et, sur ce point, nos idées ont été confirmées par M. le Professeur agrégé J.-F. Martin qui déplore, avec nous, la confusion qu'amène cette dénomination impropre dans une question déjà si complexe.

Nous critiquons, plus loin, au point de vue histologique, les observations d'état pré-cancéreux de Gasne qui, d'ailleurs, s'adressent à des malades vus au moment de la ménopause.

Au point de vue clinique, un état pré-cancéreux, par définition, devrait habituellement se transformer en néoplasme véritable. Les états de passage devraient avoir été constatés fréquemment.

Or, de l'avis des auteurs qui se sont occupés de cette question, *ces faits sont rares*. Moulonguet insiste dans son livre, *Les diagnostics anatomo-cliniques de Lecène*, sur la grande rareté de ces transformations. Tous les auteurs, Faure, Forgeue... insistent sur l'évolution bénigne des métrites séniles.

D'ailleurs, on devrait pouvoir retrouver chez les malades atteintes de cancer du corps, la métrite chronique qui l'aurait précédé. Or, dans nos 72 observations, nous n'avons rencontré qu'un cas qui pourrait faire penser à un cancer évoluant sur une métrite ancienne (obs. 25), mais il y manque la preuve histologique.

A. Bisch, dans sa thèse, traduisant les idées de son maître, affirme que sur les très nombreux cas de cancer examinés par le Professeur Tixier, l'existence d'une métrite chronique n'a jamais pu être retrouvée.

Les cas de coexistence d'une métrite et d'un cancer ne prouve pas davantage que l'hyperplasie soit une maladie pré-cancéreuse. Taylor, qui en fait un de ses arguments, n'en a constaté que cinq cas sur un très grand nombre d'observations. D'ailleurs, cette coexistence ne prouverait rien, même si elle était plus fréquente. Les maladies de la muqueuse utérine sont peu nombreuses, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on les trouve de temps à autre associées.

En somme, ni au point de vue anatomique, ni au point de vue clinique, la notion d'état pré-cancéreux n'apporte une lumière sur l'origine de l'hyperplasie. Tout tissu normal ou pathologique est pré-cancéreux, en ce sens qu'un néoplasme peut toujours s'y développer. Il est impossible de tirer de cette idée un argument pour hystérectomiser toutes les femmes qui perdent après la ménopause; pas plus qu'on opère tous les malades atteints de leucoplasie linguale.

Le seul service que cette notion nouvelle a pu rendre aura été de calmer les scrupules des chirurgiens

qui, ayant enlevé un utérus, n'y trouvèrent pas de cancer. Se laissant influencer par les mots, ils auront pu croire qu'ils avaient rendu service à leurs malades.

COMMENT COMPRENDRE  
L'HYPERPLASIE GLANDULAIRE BÉNIGNE

Aucune des explications que nous avons jusqu'ici données ne paraît donc satisfaisante, aucune ne s'applique parfaitement à l'ensemble des cas observés.

Il semble que l'on ait perdu de vue que l'hyperplasie était une lésion anatomique bien définie. Les hémorragies à laquelle elle donne lieu ne sont pas des hémorragies « sans causes anatomiques » précises comme l'écrivent un grand nombre d'auteurs. Les lésions utérines existent, nous les avons décrites, ce sont celles d'une *tumeur bénigne de l'utérus, d'un adénome*.

Rechercher son origine revient à tenter d'éclaircir la pathogénie des adénomes. Ces tumeurs forment un groupe vaste, non encore démembré, derrière la terminaison « ome » desquelles se cache, comme le pense le Professeur Favre, des affections de pathogénies diverses.

Certes, il est capital de maintenir la place importante que doivent tenir certaines néoformations sans éléments anarchiques histologiques, incapables, cliniquement, de donner des métastases et il faut opposer leur bénignité à la malignité des néoplasmes.

Les travaux récents du Professeur Favre et de

l'École lyonnaise ont cherché à percer l'origine de ces affections.

Dans un travail récent il a montré qu'à côté des scléroses à tendance uniquement conjonctive, il existait des scléroses à *tendance surtout épithéliale* dont la traduction était justement l'intense prolifération de l'épithélium, en présence d'une sclérose conjonctive quelquefois assez discrète. Aux nombreux exemples qu'il en a donné, dans un article d'ensemble, dans une série de thèses et dans le travail inaugural de M. Plauchu, il *semble que l'on puisse ajouter l'hyperplasie utérine*. Ces scléroses épithéliales ont, à leur base, un processus inflammatoire, mais il s'agit d'une inflammation extrêmement lente, ne se traduisant par aucun des caractères habituels des processus ordinaires sub-aiguës ou chroniques. La syphilis en serait le type, sans en être la seule cause; pour des raisons diverses de terrain, de virulence de l'agent microbien, les inflammations banales peuvent aboutir à produire cette prolifération épithéliale. C'est pourquoi le Professeur Favre s'élève contre l'appellation adénome « faisant, écrit-il, intervenir la notion encore bien vague de tumeur bénigne » et il préfère la dénomination « d'adématose inflammatoire ».

Cette prolifération épithéliale peut trouver sa cause dans des modifications locales. La lenteur de l'infection retentit sur les conditions de vascularisation. La circulation fonctionnelle de l'utérus (après la ménopause) est fortement troublée et diminuée au bénéfice de la circulation nutritive. L'hyperplasie épithéliale résulterait de l'augmentation importante

de cette circulation, l'inflammation très lente ayant retenti sur la circulation nutritive considérablement augmentée (Plauchu). D'ailleurs, la cause modificatrice peut agir non pas seulement localement, mais à distance. La structure du milieu intérieur peut être troublé par un disfonctionnement des glandes endocrines, altérées elles-mêmes par l'agent pathogène. C'est ce que le Professeur Favre appelle « les scléroses par tir indirect ». Cela permettait de saisir la valeur des travaux de Stockard, reproduisant l'hyperplasie par injection d'ante-hypophyse. Des expériences analogues ont pu être faite au niveau d'autres glandes, et l'on est arrivé à reproduire la maladie de Reclus du sein, avec des injections répétées de folliculine aboutissant à de « véritables formations adénomateuses dans un milieu de sclérose ».

Les néoformations épithéliales, appelées communément hyperplasie, seraient, en définitive, la réaction de l'épithélium à une inflammation *extrêmement lente*, évoluant pendant des années, soit locale, soit lointaine, l'agent ayant agi alors par l'intermédiaire du système endocrinien.

L'hyperplasie, quelle que soit son origine, est une maladie autonome ; histologiquement, elle doit être considérée comme une affection bénigne ; cliniquement, elle doit rentrer dans le cadre des *tumeurs bénignes de l'utérus*.

Elle a droit, dans la pathologie des affections post-climatériques, par sa fréquence, par l'intérêt des problèmes qu'elle soulève, par la difficulté de son diagnostic, à une place de premier plan.

## CHAPITRE VI

### Les états pré-cancéreux

Nous avons défini deux types de lésions : néoplasme et hyperplasie, qui correspondent aux cas que nous rencontrons le plus habituellement en pratique.

Comme nous l'avons déjà vu il existerait un état pathologique intermédiaire au niveau de la muqueuse utérine, entre le cancer et la lésion bénigne.

Frappés par la ressemblance qui existait entre des cancers très peu anarchiques et certaines hyperplasies, quelques chirurgiens (Taylor, Moulonguet) ont pu penser qu'il existait anatomiquement un état de la muqueuse qui, sans être franchement malin, avait cependant, perdu les caractères de bénignité des hyperplasies banales. Histologiquement ils s'appuient (Taylor) sur la ressemblance entre le néoplasme et l'hyperplasie. Cette ressemblance comme nous l'avons vu, est en réalité, bien lointaine (Shaw).

Entre hyperplasie et cancer, il y aurait d'autres points communs. La tendance à envahir le muscle, la tendance à la récurrence de certaines hyperplasies seraient des propriétés biologiques communes au néoplasme et à l'affection bénigne. De l'existence de

points communs, ils concluent que ces lésions ne sont plus vraiment bénignes, qu'elles participent déjà, dans une certaine mesure, à la malignité du cancer et qu'elles représentent le stade avant-coureur du néoplasme.

Le mot pré-cancéreux paraissait jusqu'ici une dénomination surtout clinique, la leucoplasie en étant, par exemple, le type. Mais des travaux récents ont voulu donner à cette notion clinique un substratum anatomique.

La lecture des douze observations minutieusement décrites dans la thèse de Gasne ne paraît pas convaincante.

Ces observations sont réunies en quatre groupes histologiquement distincts.

a) Le premier est caractérisé par une hyperplasie de la muqueuse sans pénétration des glandes dans le myomètre. Les glandes sont irrégulières et kystiques avec des végétations intra-canaliculaires. Elles sont nombreuses, hautes, ne secrètent plus le mucus normal, elles ont tendance à envahir le chorion qui est réduit parfois à une seule rangée de cellules plates.

Si les lésions, présentées par les malades de Gasne, se bornaient à celles que nous venons de citer, l'on ne voit pas en quoi elles seraient précancéreuses.

Rien ne rappelle le néoplasme ; c'est une description d'hyperplasie bénigne ; mais la lecture des observations auxquelles correspondent ce type de lésions soit disant précancéreuses, est instructive, car l'on n'y retrouve pas du tout les caractères histologiques correspondant à ce groupe n° 1. Deux de ses

observations (I et III) sont bien des hyperplasies, mais les deux autres (V et VI) sont deux cancers adrénoïdes évidents.

b) Le groupe n° 2 présente les mêmes caractères que le groupe n° 1, mais les bourgeons pénètrent dans le myomètre. Or, nous avons vu que cette pénétration peut fort bien se voir dans des lésions bénignes. Là encore, les observations citées en exemple sont des cas de cancers manifestes (II, VIII, X, XII). Dans l'une, la basale est effondrée, dans l'autre, sur la coupe, à côté de lésions dites précancéreuses, on rencontre des plages typiques de néoplasme d'ailleurs diagnostiqué. Dans une autre, la description est celle d'un cancer et, cliniquement, la malade présente des métastases.

c) Le troisième groupe est formé par des muqueuses où les glandes sont en vrilles, sans stroma interposé. C'est dire que nous sommes en présence de cancer glandulaire bien caractéristique, et les trois observations illustrant ce groupe ne laissent pas de doute.

d) Enfin le quatrième groupe ne comprend qu'un cas. L'aspect est celui de l'hyperplasie bénigne, mais il y a pluristratification glandulaire. On sait (Pettit) qu'il est possible de rencontrer des aspects pluristratifiés sans que l'on puisse parler de lésions malignes. Mais, si cet état de chose se retrouve dans toute la coupe, comme dans l'exemple de Gasne, on est en présence de néoplasme.

En somme, les observations de Gasne sont toutes des observations de cancer du corps utérin, sauf deux (obs. I, III) qui, d'après ce que nous en avons lu,

sont des cas d'hyperplasie. Toutes les figures reproduites sont des figures de néoplasme et non pas d'état précancéreux. D'ailleurs, on ne comprendrait pas qu'il put en être autrement. L'anatomie pathologique, science de descriptions, ne peut classer un état qui, par définition, est non pas fixé, définitif, mais mobile et changeant.

Taylor va plus loin que Gasne ; pour lui l'hyperplasie est un état précancéreux.

La métrite, telle que nous l'avons décrite, histologiquement, est susceptible de se transformer en néoplasme. L'état précancéreux n'est plus un stade histologique special, le précancer, c'est l'hyperplasie.

Il faut s'entendre, évidemment, sur le mot hyperplasie. Ce n'est pas seulement une prolifération exagérée de la muqueuse utérine.

L'on a vu que la dilatation kystique des glandes, l'adenomyosis, c'est-à-dire la pénétration des glandes dans le myomètre pouvait se rencontrer. On peut rencontrer toute une série de types d'hyperplasie, dont les uns diffèrent peu de la muqueuse normale, dont les autres sont proches de ces cancers très peu atypiques que signale Moulonguet. Taylor étudiant 88 images d'hyperplasies a rencontré toutes les formes possibles.

Pour soutenir la thèse de Taylor, il faudrait que le néoplasme soit précédé de lésions bénignes de l'utérus d'une part, et il faudrait trouver des coexistences en règle générale.

a) Le néoplasme succède-t-il à une pseudo-métrite ? Cela paraît très difficile à démontrer. Il faut des curet-

tages successifs montrant, dans une première étape, la lésion bénigne, dans la suite, le développement du cancer.

Il existe six cas dans toute la littérature où cette succession d'états histologiques a pu être mise en évidence.

Taylor en rapporte deux exemples nets chez des malades plusieurs fois curettées. Notre observation 25 en est peut-être une illustration; malheureusement, nous n'avons pas de preuves histologiques.

Une des deux malades de Taylor présentait un néoplasme 16 *ans* après un curettage qui montrait une hyperplasie. N'est-il pas difficile d'en tirer un argument? Peut-être ces faits sont-ils plus fréquents? Mais pour qu'ils aient une valeur, il faudrait que la succession soit la règle, la non-succession l'exception. Or, il semble bien, et Moulonguet pense comme nous, que ce sont des faits isolés.

b) La coexistence des deux lésions hyperplasie et néoplasme a été peu étudiée. Gebhard, Meyer, Ewing et Flhumann publient des travaux qui sont contradictoires. Il est certain que les observations publiées à ce sujet sont très rares. Celles d'Ewing et Docca concernent des fibromes sous-muqueux cancérisés, s'accompagnant d'hyperplasie. Schröder, Adler parlent de quelques cas possibles, sans vérification histologique.

Taylor a constaté cinq fois cette coexistence. Nous ne l'avons pas rencontré dans nos observations.

Flhumann et Stephenson ayant étudié 22 néoplasmes à *ce seul point de vue, n'ont pas rencontré*

*cette association.* Aussi la tiennent-ils pour une pure coïncidence.

D'ailleurs, il est certain que la muqueuse utérine voisine du néoplasme doit être modifiée et que l'on peut rencontrer des plages qui, tout en n'étant plus normales, ne sont pas encore pénétrées par le cancer, comme dans l'observation V de la thèse de Gasne... Mais on ne peut parler pour autant de métrite hyperplasique véritable, maladie autonome, existant à côté du néoplasme.

Il nous a semblé, en somme, que l'hyperplasie n'était pas un état précancéreux ; entre elle et le cancer, il n'y a d'autre lien qu'un même substratum, ce sont deux lésions différentes évoluant (parfois à la suite l'une de l'autre) sur une même muqueuse.

---

## DEUXIÈME PARTIE

### **Etude clinique**

#### *a) Fréquence du cancer du corps .*

La fréquence du cancer du corps utérin est très diversement appréciée. Lorsque les examens histologiques n'étaient pas encore la règle, il passait pour rare. Pozzi, Péan le considéraient comme infiniment moins fréquent que le cancer du col. Avec le développement de la biopsie, il apparut beaucoup moins rare et actuellement beaucoup de chirurgiens ont tendance à en faire un des très fréquents cancers de la femme âgée.

L'étude des statistiques est décevante car leurs auteurs envisagent dans leurs énumérations des choses trop différentes ; ils comparent des chiffres où se trouvent, côte à côte, des affections qui ne sauraient prêter à confusion. Si l'on veut véritablement avoir une idée de la fréquence du néoplasme du corps, par rapport aux autres affections gynécologiques, il faut évidemment exclure de l'étude les affections qui, par leurs symptômes, ne sauraient être confondues avec lui. Les chiffres de fibromes ou de

cancers du col, comparés à ceux de néoplasmes du corps, ne nous intéressent pas et ne nous apprennent rien ; le seul rapport vraiment intéressant est celui du cancer avec les affections cliniquement semblables, avec les lésions bénignes en particulier.

Nous passerons en revue trois sortes de statistiques : celles qui étudient le pourcentage de néoplasmes du corps, indépendamment de la ménopause ; celles qui font rentrer comme terme de comparaison des affections qui ne peuvent être comparées ; enfin, celles qui étudient la proportion de cancers utérins par rapport aux affections *dont le diagnostic n'est pas évident chez des femmes ayant passé l'âge critique*.

a) La plus importante statistique du premier genre est celle de Stierlin. Ayant dépouillé 654 observations de cas suspects de néoplasme utérin, il n'a rencontré que 8,6 pour cent de femmes atteintes de cancer du corps.

La nôtre a été prise parmi les observations histologiques du laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur Favre.

L'âge n'étant pas toujours mentionné sur les feuilles d'envoi, nous avons cependant éliminé tous les examens se rapportant à des femmes de moins de 50 ans, lorsque l'indication était donnée. Beaucoup d'examen se rapportent à des femmes ayant passé l'âge de la ménopause. Néanmoins, nous classons notre statistique dans la première catégorie n'étant pas sûr de tous les cas. Nous avons relevé 79 tumeurs malignes du corps pour 259 lésions bénignes, soit, sur 338 cas, 22,9 pour cent de cancers.

Voici le relevé de exact notre statistique :

- 158 métrites hyperplasiques.
- 21 polypes.
- 11 métrites infectieuses.
- 10 débris placentaires.
- 2 syphilis utérines.
- 6 muqueuses normales.
- 79 cancers du corps utérin.

auxquels il faut ajouter 51 examens faits, non plus sur des produits de curettage, mais sur des pièces opératoires. Nous avons de plus 28 réponses douteuses, 4 cas inutilisables. Nous obtenons dans ces conditions :

- 259 lésions bénignes, soit 75,1 %
- 79 lésions malignes, soit 22,9 %

même en considérant les réponses douteuses comme des cancers, on obtient :

- 107 lésions malignes, soit 32,1 %
- 259 lésions bénignes, soit 67,9 %

b) Envisageons les statistiques telles qu'elles sont habituellement présentées, c'est-à-dire en tenant compte de toutes les causes possibles d'hémorragie *après la ménopause*.

Muret étudiant 312 cas, donne un pourcentage de néoplasme du corps de 48 pour cent.

La statistique de Ducuing porte sur 326 cas d'hémorragie post climatérique, l'on y relève :

- 256 cancers du col.
- 40 cancers du corps.
- 20 métrites du corps.
- 6 fibromes.
- 1 polype du col.
- 3 cancers des ovaires.

En éliminant les cancers du col l'on obtient le chiffre de 57 pour cent de néoplasme du corps.

La statistique de Lefèvre reproduite par son élève Causse se décompose ainsi :

- 12 cancers du col.
- 8 cancers du corps.
- 8 polypes.
- 33 hyperplasies.

soit, après avoir enlevé les cancers du col, 16,3 % de cancers du corps.

Ballin, sur 407 cas d'hémorragie post climatérique trouve 90 cancers du corps, soit 18,10 %.

c) Mais *seuls sont vraiment intéressants*, avons-nous déjà dit, les chiffres comparant entre elles des affections qui sont cliniquement semblables.

La très rigoureuse étude de Keller repose sur les observations de quatre ans. Il étudie 58 cas de métrorragie *après* la ménopause ou aucun signe cli-

nique ne pouvait donner d'indications précises. Nous relevons :

- 14 cancers utérins.
- 3 cancers de l'ovaire.
- 1 cancer de la trompe.
- 4 sarcomes utérins.

D'autre part, l'on trouve :

34 cas de lésions bénignes vérifiées par l'histologie et l'évolution clinique ultérieure. Soit 37,9 % de tumeurs malignes du corps utérin.

Adler, sur 56 cas, donne les chiffres suivants :

- 10 cancers utérins.
- 4 sarcomes utérins.
- 4 cancers de l'ovaire.
- 38 affections bénignes. Soit 33 % de tumeurs malignes du corps.

Schiffmann présente une statistique un peu semblable de 51 cas :

- 14 cancers du corps utérin.
- 8 cancers de l'ovaire.
- 29 cas bénins. Soit 44 % de néoplasme du corps.

Butaud, dans sa thèse, rapporte 23 observations très minutieusement étudiées et dont toutes les maladies ont été suivies. Il publie :

- 13 cancers du corps.
- 10 lésions bénignes. Soit 56 % de néoplasme.

La statistique de Reeb comprend 510 cas d'hémorragie un an *après* la ménopause ; toutes les malades ont été suivies cliniquement, il n'y a pas eu d'erreurs de diagnostic. Elle est ainsi composée :

- 96 épithéliomas cylindriques.
- 59 cancers pavimenteux.
- 7 suspects de cancer.
- 339 affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasie).
- 2 muqueuses déciduales.
- 7 divers (3 sarcomes, 3 tuberculoses, 1 néoplasme secondaire).

soit 32,54 % de cancers utérins.

Dans le service de notre maître le Professeur Bérard et dans celui de notre père, nous avons relevé 98 *hémorragies après la ménopause*, se décomposant ainsi :

- 55 cancers utérins.
- 43 lésions bénignes. Soit 56 % de cancers.

L'on voit que les chiffres que nous avons cités vont de 56 et 57 % (Ducuing, Quenu), à moins de 50 % (Reeb, Keller, Schiffmann, Adler ..) et que toutes les statistiques sont concordantes d'une façon vraiment très impressionnante.

Ces chiffres sont la brutale opposition avec les impressions personnelles de J.-L. Faure.

A quoi sont dues ces différences ? Sans doute à ce fait que, dans les études sur le cancer du corps, les observations publiées sont des observations de cancers typiques, que tout ce qui n'est pas cancer

est éliminé et reste dans l'ombre, alors que ce sont justement les cas intéressants. De plus, on ne peut savoir combien de fois en tout le diagnostic a été porté et combien de fois il a été vérifié (J. Quenu).

En résumé, l'assertion « 90 pour cent des femmes perdant après la ménopause sans explication évidente ont un cancer du corps utérin » ne nous paraît plus soutenable. Et puisqu'en cette matière les formules sont de rigueur, il nous semble que l'on peut dire : *Toute femme qui perd après la ménopause sans raisons évidentes, a, environ, une chance sur deux d'être porteuse d'un cancer du corps utérin.*

#### *b) Cancer utérin et âge*

Le cancer du corps utérin est, classiquement, le cancer de la femme qui a dépassé l'âge de la ménopause, atteignant volontiers, comme le fait remarquer le Professeur Tixier, la femme vierge. Cependant, de même que nous ne croyons pas que toute la pathologie utérine de la femme âgée se ramène au cancer, nous ne pensons pas que le néoplasme du corps soit le triste privilège de la vieillesse. Dans les observations du Professeur Bérard, nous avons trouvé deux cas avant 40 ans (l'un de 34, l'autre de 39) ; sept cas avant la ménopause et 22 après celle-ci. Chiffre un peu plus fort que celui que nous avons trouvé dans le service de notre père où nous avons huit cas (dont un de 39 ans) avant la ménopause, pour 33 après elle. L'ensemble nous donne 55 cancers après le

*retour d'âge et 17 chez des femmes encore réglées, soit à peu près un quart.*

A la clinique de Schröder, sur 180 carcinomes, on en trouve 40 au moment de la ménopause. Donald et Shaw, chirurgiens anglais, ayant réuni 177 néoplasmes indiscutables du corps et les ayant classés par âge, trouvent 22 cas avant 50 ans. Giles, en 1929 14 cas sur 76. L. Stacy, publiant la statistique de la clinique Mayo, entre 1907 et 1933, relève 333 cas de cancers utérins ; 21 pour cent de ces malades avaient moins de 49 ans. J. Duval et A. Bisch citent des chiffres assez différents ; le premier 10 cas sur 107, le second 3 sur 60.

Il semble en réalité que le cancer s'il est rare chez la femme jeune encore, assez fréquent chez la femme âgée, soit loin d'être une rareté à la ménopause. Sans être aussi fréquent à cette période de la vie qu'à 55 ans, l'âge de prédilection, il fait souvent son apparition à un moment où il passe facilement inaperçu, sa symptomatologie étant noyée au milieu des troubles si divers qui surviennent à cet âge.

### *c) Etude des symptômes du cancer du corps utérin*

Nous n'étudierons pas dans le détail le tableau clinique du néoplasme. Nous chercherons seulement la valeur que nous pouvons accorder à chacun des symptômes.

a) L'histoire clinique du néoplasme est dominée par les hémorragies.

Premiers symptômes en dates, leur importance diagnostic est capital. Elles sont continues et persistantes — rien ne les arrête — le repos ne les influence en aucune façon. Elles sont enfin déclanchées facilement par les traumatismes, comme l'a montré M<sup>lle</sup> Scharjowick dans sa thèse, et ce serait un excellent élément de diagnostic précoce.

Ces hémorragies ont-elles la valeur que leur donnent les classiques ? Certainement, mais il faut savoir qu'elles peuvent ne pas exister. Stacy, étudiant la statistique de la clinique Mayo, ne trouve des pertes sanguines que dans 63,6 pour cent des cancers du corps. A. Bisch, dans sa thèse, rapporte quatre observations de cancers utérins diagnostiqués malgré l'absence d'hémorragie.

Dans nos 72 observations, nous avons rencontré trois fois l'absence complète de métrorragie (obs. 7, 32, 44).

OBS. 7, M<sup>me</sup> J., 59 ans.

Ménopause à 51 ans, hydorrhée depuis 15 mois, douleurs dans les membres inférieurs. *Pas de pertes sanguantes.*

Hystérectomie. Kyste de l'ovaire inclus dans le Douglas. Gros utérus.

Pièce et histologie. Néoplasme pavimenteux du corps.

Mais surtout leurs caractères, tels que les ont décrits les auteurs classiques, ne sont pas toujours constants. Le néoplasme comme la métrite peut se traduire simplement par des pertes intermittentes, irrégulières. D'autre part, les hémorragies ne sont pas toujours

un signe de début (Zweifel) et peuvent se produire à une période où le cancer est déjà très avancé. Notre observation n° 3 est, à ce point de vue, caractéristique.

Il s'agissait d'une femme de 66 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales affectant la forme de colique. Elle présenta une hémorragie de sang rouge *qui ne dura qu'un jour*. La biopsie intra-utérine montra un cancer glandulaire. L'hystérectomie décidée ne fut pas exécutée, des noyaux cancéreux ayant envahi l'épiploon, l'S iliaque, le transverse.

Notre observation n° 23 est du même genre : hémorragie *durant quatre jours*, chez une femme de 63 ans. *Jamais de pertes ni avant ni après*. Hystérectomie. Néoplasme du fond utérin. Morte de métastase neuf ans après.

L'observation 33 est analogue. Il s'agissait d'une femme de 73 ans qui, quatre ans avant de consulter, avait perdu quelques gouttes de sang. *Elle n'avait rien présenté d'anormal pendant trois ans*, et les pertes n'étaient réapparues que six mois avant une consultation qui montra un cancer du corps qui devait récidiver trois ans après. Ces cas sont loin d'être une rareté. Nous publions l'histoire de nombreuses malades où les métrorragies n'avaient pas de caractère suffisamment net pour imposer le diagnostic. Fréquemment, lorsque l'hémorragie prenait l'aspect typique qu'on lui décrit classiquement, le cancer était depuis longtemps en évolution, quelquefois même les malades étaient inopérables.

Chez 14 de nos malades, le symptôme capital du

cancer du corps ou bien n'existait pas, ou bien n'avait aucun des caractères qu'on lui attribue habituellement, ou enfin était trop tardif (obs. 2, 3, 7, 13, 23, 25, 32, 33, 36, 37, 43, 44, 53).

Néanmoins, la valeur de ce signe reste encore très importante après la ménopause, surtout lorsqu'on n'attend pas de lui ce qu'il ne peut pas toujours donner, sachant que les pertes rouges du cancer peuvent n'être pas continues, subir de très importants arrêts, être calmées par le repos (obs. 25, 32, 33).

Au moment du retour d'âge, ou avant lui, il devient encore bien plus difficile à interpréter (obs. 20, 53, 60).

b) L'hydrorrhée et les pertes blanches possèdent une certaine valeur pour le diagnostic. Elles peuvent être le seul symptôme comme dans notre observation 31 ou être au premier plan (obs. 26).

Mêlées à un peu de sang, elles prennent l'aspect de pertes rousses ou rosées ; à la longue, elles peuvent devenir franchement purulentes, hydrorrhée et pertes rousses répandant une odeur nauséabonde. Mais elles sont loin d'être constantes et de plus, comme les pertes de sang rouges, peuvent se rencontrer dans nombre d'autres affections, en particulier, dans les métrites hyperplasiques. Il en est de même pour les pertes purulentes qui, avec le même caractère de fétidité, forment le symptôme habituel de la pyométrie des femmes âgées.

c) Les douleurs ne sont pas très fréquentes ; elles n'existent pas dans le tiers des cas de la statistique du Professeur Tixier et le Professeur Villard ne leur

accorde qu'une maigre importance pour établir un diagnostic.

Nous les avons rencontré 36 fois sur 72 cancers. Elles sont loin d'être toujours typiques et nous avons tenu compte de légères pesanteurs dans le bas ventre, de légères douleurs dans les reins, qui sont bien loin des douleurs expulsives, rythmées, revenant à heure fixe, et des névralgies à type sciatique. D'ailleurs, dans nos 26 observations de métrites contrôlées opératoirement, nous avons rencontré 13 fois des douleurs de même type, soit coliques utérines, soit pesanteur dans les reins ou dans le bas ventre.

d) Le toucher est encore plus décevante. Tout dans le cancer du corps se résume dans l'interrogatoire de la malade. Les signes physiques n'ont que bien peu d'intérêt. Ils permettent d'éliminer le néoplasme du col, mais ne donnent aucun renseignement sur la cause des hémorragies.

L'utérus, le plus souvent, est augmenté de volume, il a une consistance molle, mais ces deux signes ne sont pas constants. Il existe des formes de cancers utérins greffés sur de petits utérus (Tixier) et les gros utérus se rencontrent très fréquemment dans la métrite hyperplasique.

Quelquefois, le col est entr'ouvert, le toucher permet de sentir un polype qui, comme l'ont montré Tixier et Michon, peut dissimuler un néoplasme du corps.

Tous les symptômes que nous venons de passer en revue ne sont que des signes de probabilité, aucun ne peut servir à un diagnostic précis. Tous, et surtout

les hémorragies, ont une certaine valeur, mais tous sont infidèles et trompeurs. Le tableau clinique serait-il d'ailleurs au complet qu'il y manquerait encore le signe de certitude définitive, la preuve anatomique qui, seule, peut autoriser une décision lourde de conséquences.

---



## TROISIÈME PARTIE

### **Le diagnostic clinique du cancer utérin**

Peu d'affections gynécologiques présentent autant de difficultés de diagnostic et engagent une aussi lourde responsabilité. Les femmes pour lesquelles il va falloir prendre une décision sont, en général, a un âge où l'organisme n'est plus aussi résistant ; fréquemment obèses, hypertendues, il suffira souvent d'une cause minime pour déclencher une catastrophe. Il faut donc serrer le diagnostic de près et chercher avant tout à éviter une opération inutile.

Il reste bien entendu, malgré les critiques que nous avons apportées à la symptomatologie classique du cancer utérin, qu'en présence d'une femme âgée qui présente des hémorragies, après la ménopause et un col utérin intact, il faut penser au cancer du corps. Mais le néoplasme est loin d'être la seule cause des pertes chez la femme âgée.

Le diagnostic se présente très différemment avant, pendant et après la ménopause. C'est surtout après

la ménopause qu'il nous intéresse, car avant elle, ses difficultés sont connues de tous et presque tous les chirurgiens sont d'accord pour dire que les ressources de la clinique sont insuffisantes pour donner une certitude.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Diagnostic après la ménopause

Il est facile d'éliminer, par un examen gynécologique soigneux, les causes d'erreurs grossières : néoplasmes du col, fibromes, grosses tumeurs ovariennes, prolapsus génitaux, sans cesser de se souvenir néanmoins de la possibilité d'une coexistence entre ces affections et le cancer du corps.

#### I. LES CAUSES MÉDICALES

Les causes médicales de métrorragie sont nombreuses, mais il faut convenir que l'on en voit fort peu en pratique. Les métrorragies, chez les cardiaques et les hépatiques, s'accompagnent généralement d'un cortège de symptômes permettant de rapporter assez facilement les pertes sanguines à leurs véritables causes. Keller a insisté sur l'importance de l'hypertension. Sur 58 cas de métrorragies, après la ménop-

pause, sept étaient dus à cette cause. Cependant, il faut retenir deux causes importantes d'hémorragie médicale : la syphilis et la sclérose des vaisseaux utérins.

a) *La syphilis utérine* tertiaire est connue depuis peu, c'était jusqu'ici un diagnostic d'exception, porté à l'exclusion de tout autre. Ozenne, Séjournet, Gafami, Mouchotte, Windell, parmi les auteurs modernes, l'ont minutieusement étudiée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Elle est, disent-ils, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois, mais sa symptomatologie est si voisine de celle du cancer utérin qu'en l'absence de vérifications histologiques systématiques les deux affections ont été longtemps confondues.

Windell a pu publier 176 observations de syphilis utérine, indiscutables ; chiffres très importants si l'on songe que l'attention était, jusqu'à maintenant, bien rarement attirée sur ce sujet. Nous-même en avons rencontré deux cas dans les observations anatomo-pathologiques du laboratoire du Professeur Favre, sur les 321 résultats de biopsie que nous avons examiné. Mais il faut ajouter que beaucoup de ces biopsies ne venaient pas des centres hospitaliers, mais des petits centres des départements voisins et que ce ne sont évidemment pas des résultats de recherches.

La syphilis utérine tertiaire, soit dans ses formes fongueuses ou gommeuses, soit dans sa forme scléreuse, se traduit par des hémorragies, signe capital dominant toute l'histoire de l'affection. Elles sont persis-

tantes, continues, peu abondantes au début, puis augmentant peu à peu d'importance. Fréquemment accompagnées d'un écoulement muco-purulent, elles résistent à tout repos, à toute thérapeutique autre que le traitement anti-syphilitique qu'on ne pense que trop rarement à indiquer. Les douleurs ne sont pas rares, et ce tableau : pertes rouges, pertes purulentes, fétides, douleurs, ressemblent, à s'y méprendre, à celui du cancer utérin. En fait, si la notion de syphilis n'est pas, au préalable, dûment établie, s'il n'existe pas de signes nerveux évidents, le diagnostic est impossible autrement que par un curettage explorateur, suivi d'examens histologiques. D'autant plus que les deux maladies, cancer et syphilis, peuvent coexister, comme dans une observation classique de P.-E. Weill citée dans la thèse de Bisch, et qu'alors le seul moyen de diagnostic précis est fourni par l'examen d'anatomie pathologique, comme y insistent Gaifami, Windell. Ce sera la seule façon d'établir l'origine des pertes et de faire une thérapeutique efficace, de préserver les malades d'une opération inutile et mettant leur vie en danger.

*b) La sclérose utérine.* — Les métrorragies, après la ménopause, dues à une sclérose des vaisseaux utérins, paraissent avoir également une place particulière parmi les causes médicales d'hémorragie (Moiroud, Dalché).

Il s'agit de gros utérus dont les parois sont considérablement épaissies, elles sont cependant régulières, ne présentent pas d'ulcération. Les lésions se voient surtout au niveau des vaisseaux. Les artères coupées

sont béantes ; l'histologie montre que leur tunique moyennes est épaissie, l'adventice hypertrophiée et que les fibres élastiques tendent à se substituer aux fibres musculaires de la couche moyenne (Cornil). Tout le système vasculaire est dilaté, les capillaires sont distendus. Le muscle est envahi par le développement du tissu conjonctif périvasculaire. La muqueuse ne présente que des lésions discrètes. En tous cas il n'y a pas d'hyperplasie glandulaire.

Cliniquement, les hémorragies représentent le signe le plus important de l'affection. Ce sont des métrorragies rebelles et tenaces, persistantes malgré le repos au lit et les agents hémostatiques.

La leucorrhée, les douleurs lombaires sont assez rares. Au toucher, l'utérus est un peu gros et mobile. Le curettage montre une cavité utérine normale, les débris de muqueuse sont normaux ; seule une biopsie, comprenant la muqueuse et des fragments sous-muqueux peut permettre de faire le diagnostic.

Là encore, seule l'histologie permet de faire un diagnostic et d'établir le traitement approprié.

Nous en avons une observation très nette dans notre statistique de lésions bénignes (obs. XX). Il s'agissait d'une femme de 65 ans qui était venue consulter pour des petites pertes roussâtres, des pertes blanches et des douleurs dans le ventre et dans les reins. Le toucher n'ayant rien montré, une hystérectomie d'emblée fut décidée. L'utérus n'était pas cancéreux, mais on trouvait à l'examen histologique des lésions localisées surtout au niveau des artères d'endo et péri vascularite.

## II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE CANCER UTÉRIN ET LES AUTRES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES CHIRURGICALES.

Ayant éliminé les causes médicales d'hémorragies et les causes chirurgicales évidentes (cancer du col, gros fibrome, prolapsus, kyste de l'ovaire de volume important), nous nous trouvons encore en face d'un diagnostic extrêmement difficile à établir par la simple clinique.

Pratiquement, le diagnostic hésite entre cinq affections qui simulent à s'y méprendre le néoplasme. Ce sont :

la salpingite,

les tumeurs bénignes ou malignes de l'ovaire de petit volume,

les petits fibromes sous-muqueux,

la métrite et les polypes.

La complexité du problème ne s'arrête pas à la multiplication des causes d'erreurs, mais surtout à la possibilité de leur coexistence avec un néoplasme.

Fibrome et cancer, tumeur ovarienne et cancer, polype et même salpingite, peuvent être juxtaposés, et le tableau clinique du néoplasme disparaître derrière celui de ces différentes affections.

N'étant plus guidé par cette notion de fréquence qui imposait, presque à coup sûr, le diagnostic, trompé pour les symptômes il faudra cependant prendre une grave décision thérapeutique.

1. *La salpingite.* — La salpingite de la femme âgée est rare, sans cependant être une exception. Il semblerait que sa symptomatologie soit suffisamment nette pour éviter une erreur, mais il n'en est rien. L'observation de Petit-Dutaillis en fait foi, rapportant le cas d'une salpingite bilatérale, ne se traduisant que par des hémorragies survenant sept après la ménopause et un utérus bloqué dans le petit bassin, pas de douleurs, pas de température. L'intervention montra une salpingite bi-latérale au lieu du cancer inopérable qui avait été diagnostiqué.

Il ne faut donc compter, dans certains cas, rares sans doute, de salpingite de la femme âgée, ni sur la douleur ni sur la température, ni sur le toucher. Mais, de plus, l'on peut rencontrer la salpingite au cours de l'évolution d'un petit fibrome ou du cancer utérin. Nous en avons deux observations (obs. 55, 65). Cette association est facilement explicable, attendu que l'infection accompagne presque toujours l'évolution des épithéliômes du corps. Elle paraît aggraver d'ailleurs beaucoup le pronostic opératoire de l'affection ; nos deux malades, qui furent opérées pour néoplasme du corps et qui présentaient deux pyosalpynx, moururent de péritonite.

2. *Le fibrome.* — Évidemment, le gros fibrome ne peut prêter à confusion. Mais l'erreur est très facile après la ménopause avec le petit fibrome sous-muqueux, ou encore avec l'utérus fibromateux.

On met très facilement en cause l'utérus fibromateux. L'hystérectomie faite et ayant montré un

gros utérus, lourd, on étiquette ainsi un organe où manquent assez souvent tous les signes du fibrome, où ne se trouve pas le moindre nodule fibreux (Moulonguet). Par contre, fréquemment, rencontre-t-on, au niveau de la muqueuse, des lésions très nettes d'hyperplasie glandulaire.

Faire le diagnostic clinique entre un cancer utérin et un petit fibrome sous-muqueux est, après la ménopause, cliniquement impossible (obs. XXVI, XXVII, XLI). Les pertes, les douleurs, l'hyrorrhée se rencontrent dans les deux affections ; les signes physiques ne sont d'aucun secours.

Cependant, dépister le cancer a une importance capitale, maintenant surtout où, très fréquemment, les fibromes sont traités par les agents physiques ; traitement qui peut amener une catastrophe si un néoplasme est passé inaperçu. Certains auteurs ont écrit, qu'en fait, faire la différenciation avait peu d'importance, les deux affections relevant de l'hystérectomie. Il est difficile d'admettre cette façon de voir, on a toujours intérêt à faire un diagnostic exact avant d'entreprendre une intervention ; d'ailleurs, certains petits fibromes hémorragiques, chez des femmes âgées, relèvent beaucoup plus des rayons X que de l'hystérectomie.

Une de nos malades (obs. XXVI), âgée de 54 ans, ménopausée depuis sept ans, vint à la consultation pour de petites pertes rouges, *apparues depuis quatre mois*. Le toucher ne donnant aucun renseignement utile, l'hystérectomie montra un petit fibrome sous-péritonal d'une corne et une hyperplasie de la muqueuse.

L'observation XLI de la même série montre encore plus nettement l'impossibilité d'un diagnostic précis. Il s'agit d'une femme de 57 ans, venue consulter pour des *métrorragies persistantes, des pertes fétides*, des douleurs dans *les reins et dans le bas-ventre*. Le col est un peu entr'ouvert, l'utérus un peu gros. On fait le diagnostic de cancer du corps. On pratique néanmoins un curettage, avant l'opération, qui montre un polype fibreux intra-cavitaire. Enlevé, le polype est envoyé à l'histologie qui répond : pas trace de cancer, polype fibreux de l'utérus.

Il est d'autant plus important de faire un diagnostic précis, que le cancer utérin peut s'associer au fibrome.

Nous avons noté deux fois cette coexistence. Ducuing, sur neuf fibromes après la ménopause, a trouvé et opéré trois cancers du corps utérin. Munro Kehr estime cette coexistence à 5 pour cent des cas, d'après l'étude de 200 fibromes enlevés par hystérectomie. C'est pourquoi, étant donné que le diagnostic est à peu près impossible, que la différence entre les deux affections, surtout en cas de polype fibreux infecté, est à peu près insaisissable, et que la coexistence peut se voir, il est indispensable d'avoir recours à un prélèvement et à un examen histologique. Et, récemment, Guyot, à la Société de Chirurgie de Bordeaux, demandait que le curettage biopsique soit la règle dans la conduite du traitement des fibromes utérins.

3. *Les tumeurs de l'ovaire.* — Nous n'envi-

sagerons pas les cas où il s'agit d'une tumeur volumineuse de l'ovaire. Les cas qui nous intéressent sont ceux des petites tumeurs ovariennes, souvent collées à l'utérus, très difficilement perceptibles, le toucher ne donnant que l'impression d'un utérus un peu gros. Quelquefois, il s'agit bien de tumeurs importantes mais que l'on ne peut différencier du corps utérin, chez des femmes obèses, ou chez des malades âgées à vagin rétréci.

Le tableau clinique est, à s'y méprendre, là encore, celui du cancer utérin.

Les hémorragies ont le même caractère, on peut voir de l'hydrorrhée et des pertes fétides; les douleurs enfin ne sont pas exceptionnelles. Le col est normal et l'utérus paraît volumineux. Nous publions, dans notre statistique de lésions bénignes quatre observations où l'erreur fut commise (obs. IV, V, X, XIII). L'observation V est particulièrement démonstrative. Il s'agissait d'une femme de 62 ans dont la ménopause était passée depuis neuf ans. Elle venait consulter pour des métrorragies persistantes, accompagnées de pertes jaunes et fétides. Enfin, elle souffrait des reins et le diagnostic logique de cancer utérin fut porté. L'hystérectomie montra, en réalité, un kyste de l'ovaire et, au niveau de l'utérus, une métrite purulente, sans trace de dégénérescence.

Tous les kystes et toutes les tumeurs ovariennes ne se traduisent évidemment pas par des métrorragies, mais c'est cependant un symptôme assez fréquent. Il avait été, depuis longtemps, signalé par

Terrier, Gesner, Bouilly. Forgues et Massabuau insistent sur la valeur de ce symptôme, cause de tant d'erreurs. Moulonguet, continuant les travaux de Lecène, publie 19 observations de tumeurs ovariennes, soignées dans le service d'Hartmann où les pertes sanguines étaient le signe de premier plan. En 1930, il réunit à nouveau 55 observations où les symptômes sont analogues à ceux du cancer utérin. Gouttallier, en 1931, en publie dans sa thèse 42 observations inédites, toutes après la ménopause.

Il ne s'agit pas toujours de tumeurs malignes des ovaires. Meyer prétend que ce sont, en général, des tumeurs malignes folliculaires. L'on ne peut admettre cette façon de voir ; Moulonguet et Gouttallier, dans leurs nombreuses observations, ont rencontré tous les types possibles de tumeurs ovariennes et, en particulier, un grand nombre de tumeurs bénignes. Nos quatre observations également se rapportent à des kystes banaux de l'ovaire.

En résumé, ni l'histoire clinique de la maladie, ni l'examen ne peuvent permettre d'affirmer ou de nier l'existence d'une tumeur de l'ovaire ou d'un cancer. Si l'on est décidé d'avance à l'intervention, il faut savoir que l'on s'expose à une erreur de diagnostic et que cette erreur n'est pas une rareté. Depuis quelques années, la littérature chirurgicale en contient de très nombreux exemples.

Nous avons vu, dans notre aperçu anatomique, que la coexistence d'une tumeur bénigne ou maligne de l'ovaire et d'un cancer utérin n'était pas exceptionnelle. Nous en rapportons quatre exemples sur

72 cancers utérins, dont trois tumeurs malignes et un kyste banal.

Une de nos observations pose un problème d'indication particulièrement intéressant (obs. 7). Il s'agit d'une femme de 59 ans, ménopausée depuis huit ans. Elle n'a jamais présenté *ni hémorragies*, ni pertes rousses, elle vient pour une hydorrhée qui dure depuis 15 mois. Elle se plaint, en outre, de douleurs dans le membre inférieur. Le toucher montre une tumeur indépendante de l'utérus, dans le Douglas. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. L'opération montre un kyste inclus dans le Douglas et, de plus, un gros utérus rouge et ramolli. On pense au cancer et on fait une hystérectomie totale qui montre un néoplasme du corps.

On pratique une hystérectomie totale systématiquement dans les tumeurs malignes de l'ovaire, mais pas en général dans les kystes ovariens banaux. Dans notre exemple, l'opérateur avait eu la chance de trouver un utérus suffisamment modifié extérieurement pour faire penser au cancer, mais, très souvent, il n'en est pas ainsi ; sans ce hasard, le néoplasme passait inaperçu.

4. *Le polype muqueux et les métrites.* — Nous classons ensemble ces affections, car, histologiquement, le polype muqueux ressemble à l'hyperplasie dont on a décrit une forme spéciale : la forme polypeuse. Le polype cervical est facile à déceler par le simple toucher ou par l'examen au spéculum, mais il en est autrement du polype intra-cavitaire, quelquefois cependant senti par l'orifice cervical entr'ouvert.

Dans tous les cas, et surtout s'il est sphacélé, sa symptomatologie est calquée sur celle de l'épithélioma glandulaire. Hémorragies, pertes fétides, douleurs expulsives semblent imposer l'idée du cancer. Nous en avons de nombreuses observations (obs. XII, XVI, XXIX, XLIV, LII, LIII, LVIII).

M<sup>me</sup> P., 55 ans, vient consulter, cinq ans après la ménopause, pour de petites pertes rosées et des hémorragies continues. Elle souffre du ventre et dans le membre inférieur gauche. Le toucher montre un utérus gros et mobile. On pratique un curettage qui ramène des débris semblables à ceux d'un cancer. Il est difficile de trouver un tableau clinique plus parfait et bien des observations de cancer que nous publions sont loin d'être aussi typiques. On pratique, *sans demander d'examen histologique*, une hystérectomie totale. La pièce montre un gros utérus, un polype muqueux et des lésions d'hyperplasie. *En aucun point l'anapathologique ne put déceler de lésions cancéreuses.*

Si cette observation démontre clairement la nécessité absolue d'un examen histologique, il n'est pas possible d'en conclure que l'on peut arrêter les hémorragies et guérir sa malade, par un simple curettage. Le Professeur Tixier a insisté souvent sur la fréquence de l'association, cancer et polype, et nous faisons nôtre les conclusions que Bisch publie dans sa thèse : « il est indispensable de compléter l'ablation de la tumeur par une opération intra-utérine » et il faut ajouter par un examen histologique qui, seul, peut vous renseigner sur l'existence possible d'un cancer.

### *Les Métrites*

Malgré les innombrables travaux qu'elles ont suscités, les métrites restent une des questions les moins bien éclaircies de la gynécologie. Comme trop souvent, on a englobé, sous la même dénomination, des choses très différentes et même sans aucun rapport les unes avec les autres. Les chirurgiens se sont surtout attachés, autrefois, à classer les métrites d'après leur aspect anatomique macroscopique ; ils ont abouti à définir un nombre considérable de variétés et de sous-variétés (métrites fongueuses, villeuses, polypeuses, polypo-fongueuses) La notion nouvelle d'état précancéreux n'est parvenue qu'à ajouter un peu de confusion.

En réalité, la classification des métrites reste à établir. Il est évident que les affections utérines de la puberté sont bien différentes des métrites post abortum ou gonococcique. Or, même dans les grands traités classiques on englobe, sous le même vocable, métrite de l'adolescence, post partum, métrite de la ménopause et métrite de la femme âgée.

Nous ne nous intéressons ici qu'aux métrites de la ménopause, que nous verrons dans un autre chapitre du diagnostic, et aux métrites **post climatériques**.

*Le syndrome métrite.* Quel que soit la forme et l'origine de l'affection, les métrites présentent un certain

nombre de symptômes qu'elles partagent d'ailleurs avec d'autres affections utéro-annexielles.

a) *Les hémorragies*, classiquement, sont insignifiantes, améliorées par le repos et par les traitements locaux.

En réalité, il est loin d'en être toujours ainsi. Elles peuvent être peu abondantes dans certains cas, dans d'autres, elles sont au contraire très importantes ; *elles peuvent être continues*, avec, à certains moments, des exaspérations brusques, alarmant les malades.

On a dit qu'elles étaient améliorées par le traitement et le repos ; il ne nous a pas semblé que c'était la règle et *nombreuses sont nos malades chez lesquelles des pertes continues, rebelles à tout traitement, avaient fait poser l'indication d'hystérectomie pour cancer*, alors qu'elle n'avaient qu'une simple métrite. D'ailleurs, nous avons vu les variations du symptôme métrorragie dans le cancer du corps. Trop fréquemment, rien ne permet de dire si les métrorragies sont imputables au néoplasme ou à une métrite.

Notre malade de l'observation VIII était âgée de 67 ans. Elle vint pour des pertes rouges continues que rien ne calmait, *pas même le repos au lit* ; elle se plaignait en outre de douleurs expulsives. La toucher n'ayant montré qu'un gros utérus, l'on fit une hystérectomie totale pensant trouver un cancer du corps. Cependant, la pièce ne montrait pas de cancer et l'examen histologique répondait : *métrite hyperplasique*.

Cette observation est loin d'être unique, elle représente au contraire le type de nos observations de lésions bénignes.

b) *La leucorrhée.* Les anciens auteurs (Gosselin) en faisaient un signe de premier plan, mais ils avaient exagéré son importance. Cependant, les pertes blanches sont habituelles, elles sont constituées par un liquide visqueux qui, souvent, devient, au cours de l'évolution de la maladie, opaque, jaune-verdâtre, purulent. Cet écoulement persistant peut être continu ou sous forme de véritable crise sécrétoire, tellement abondant que la femme est obligée de se garnir continuellement et qu'elle présente fréquemment des lésions d'irritation au niveau du périnée, de la vulve, de la face interne des cuisses (Forgue).

c) *La douleur* est presque constante; elle se manifeste surtout par une sensation de gêne, de pesanteur périnéale, de lourdeur de l'hypogastre. Les femmes sentent leur utérus, écrivait Pozzi. Elle est aussi fréquente que dans le cancer utérin, puisque nous avons rencontré ce signe dans 30 de nos observations de métrites sur 58.

d) *La température* n'existe souvent pas; on peut cependant rencontrer une petite élévation thermique chez certaines malades qui ont beaucoup saigné. Une température importante traduit l'état d'infection de l'utérus.

e) *Les signes physiques* sont réduits à peu de chose. Un utérus un peu gros de consistance molle est souvent le seul signe que l'on puisse déceler. Quelquefois, l'utérus est un peu douloureux, mais ce

signe est très souvent absent. Le spéculum peut permettre d'ajouter à ces notions la possibilité d'une métrite du col surajoutée, la présence possible d'un polype du col, ou quelquefois encore à travers l'orifice cervical entr'ouvert une goutte de pus ou un polype intra-cervical qui fait saillie.

Ce syndrome métrite paraît d'une fréquence remarquable, il représente presque la moitié de la pathologie utérine de la femme ayant dépassé l'âge de la ménopause.

Qu'appelle-t-on métrite, métrite hémorragique ou sénile, pseudo-métrite ? L'on peut immédiatement séparer deux choses : *les métrites vraies*, c'est-à-dire les infections de la muqueuse utérine et *les fausses métrites* ou *hyperplasies glandulaires*.

*a) Les métrites vraies.* Bien connue avant l'âge critique, post partum, post abortum ou gonococcique, elles peuvent se rencontrer également après le retour d'âge. Ce sont les reliquats d'une infection ancienne que la ménopause n'a pas éteinte et qui continue à se manifester par un ensemble de signes dont tous les auteurs ont pu dire qu'ils ressemblaient, à s'y méprendre, à ceux du cancer utérin (Faure).

Les symptômes de ces métrites vraies, c'est-à-dire nettement d'origine infectieuse et microbienne, sont abondamment décrits dans les traités classiques.

Ce sont des femmes qui, avant leur ménopause, présentaient déjà des signes de métrite, pertes blanches ou purulentes, dysménorrhée, ménorragie ou métrorragie, douleurs dans le bas ventre. Tous ces

symptômes avaient disparu ou s'étaient atténués au moment de la ménopause pour brusquement réapparaître donnant lieu à des accidents qui ont, écrit J.-L. Faure, « une certaine analogie avec ceux des affections cancéreuses si communes à cet âge ».

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a pu décrire des formes purulentes, hémorragiques, douloureuses (Pozzi).

Les formes purulentes se traduisent par des pertes jaunâtres, teintées de sang, que rien ne peut arrêter ; elles sont d'une extrême fétidité « au moins autant que le liquide expulsé des utérus cancéreux » écrit Forgue. Chez ces malades, dont l'état général est souvent touché, l'examen ne donne que peu d'indication : l'utérus est gros, au cours de l'examen si on en tient le fond entre la main abdominale et les doigts vaginaux et qu'on le laisse brusquement retomber, on obtient une vive douleur : c'est le signe de Gosselin. Le vagin est enflammé, une goutte de pus s'échappe quelquefois du col.

C'est à cette forme que se rattache la *pyométrie des femmes âgées* qui se rencontre à un âge souvent plus avancé que celui des métrites. L'utérus sénile, sous l'influence du manque d'hygiène, s'infecte facilement, d'autre part les brides et les diaphragmes vaginaux empêchent les sécrétions utérines de s'écouler au dehors. Enfin le col est souvent plus ou moins sclérosé et fermé et si du pus se trouve en rétention dans la cavité utérine, il ne peut s'en échapper que de temps à autres sous formes d'impressionnantes débauches de pus et de sang. Les douleurs accompagnant les expul-

sions de pus et les hémorragies sont la règle; en somme, comme l'a écrit Mouchotte, l'impossibilité de faire le diagnostic avec le cancer utérin est complète.

Il existe une forme hémorragique pure, dont le tableau clinique est parfaitement imprécis. Nous avons vu qu'elle pouvait présenter tous les caractères des formes hémorragiques du cancer.

Enfin on rencontre des formes douloureuses (Pozzi), les malades présentent une sensation permanente de pesanteur à l'hypogastre et au périnée, puis à cette pesanteur succède des douleurs continues avec irradiation dans la région anale et le long du nerf sciatique.

Plus fréquentes sont les formes mixtes, purulentes, hémorragiques et douloureuses qui réalisent un tableau idéal de cancer du corps utérin.

Ces métrites évoluent vers la guérison, mais leur marche est extrêmement lente, les pertes peuvent durer des années et il est impossible de tirer de l'évolution un facteur de différenciation.

Ces métrites infectieuses à la vérité paraissent rares, quoique leur fréquence soit assez diversement appréciée. Keller, sur 58 cas d'hémorragie post climatérique, sans donner de chiffres, dit les avoir assez fréquemment rencontrées. Mais dans nos 169 observations de métrites, recueillies au laboratoire du Professeur Favre, nous n'avons trouvé que onze réponses mentionnant la présence d'une métrite vraie avec présence d'éléments inflammatoires nets. Dans nos statistiques hospitalières nous n'avons rencontré que sept fois des lésions inflammatoires de la muqueuse utérine, alors que nous avons 31 hyperplasies glandulaires.

b) *La pseudo-métrite hyperplasique glandulaire bénigne*. On sait, depuis longtemps (Doleris, Richelot), que, sous le nom métrite, on englobe une maladie de l'utérus qui n'a rien de commun avec l'inflammation chronique banale. Confondue sous la même dénomination, d'une étiologie difficile à préciser, sa place en gynécologie paraît cependant capitale. Cette place de premier plan, tous les chirurgiens ne la lui donne pas, loin de là, cependant sa fréquence est telle qu'elle nous semble être une des maladies courantes de la femme âgée.

1. *Fréquence de l'hyperplasie*. Nous avons réuni, dans le service de notre maître, le Professeur Bérard, et de notre père, 85 cas d'hémorragie utérine suspects de cancer du corps **après la ménopause** se décomposant ainsi :

55 cancers glandulaires.

30 métrites hyperplasiques et polypes muqueux.  
soit 35,4 % de métrites hyperplasiques.

Au laboratoire d'anatomo-pathologique, de 1930 à 1934, nous avons relevé les chiffres suivants :

79 épithéliomas du corps.

228 métrites hyperplasiques et polypes muqueux.  
soit 74,2 %.

Il est vrai que dans cette statistique nous n'avons pas toujours pu relever l'âge des malades et contrôler que l'époque de la ménopause était effectivement dépassée. Nous avons éliminé cependant, toutes les

fois que nous l'avons pu les examens de femmes âgées de moins de 50 ans. Il est d'ailleurs certain que ces coupes n'appartiennent qu'à des femmes âgées, suspectes de néoplasme. Cependant ces chiffres ne peuvent avoir la valeur de ceux que nous avons trouvé dans nos statistiques hospitalières qui nous paraissent d'ailleurs un peu faibles d'après ceux que nous avons pu recueillir ailleurs.

Nous pensons que cela est dû *au fait que les cancers du corps utérin sont assez nombreux en raison du centre anti-cancéreux*, alors que les métrites sont plutôt soignées dans les services de gynécologie spécialisés.

Lefèvre, dans une thèse récente, publie 49 cas d'hémorragie *après la ménopause*, soit :

8 cancers du corps.

8 polypes muqueux.

33 hyperplasies bénignes.

ce qui donne **67,3 %** de pseudo-métrites glandulaires bénignes.

Butaud donne le chiffre de 44 % d'hyperplasies.

La statistique de Keller est difficilement utilisable, car il fait une distinction entre métrite sénile, adénome utérin, hyperplasie muqueuse. Ces trois dénominations ne correspondent, comme nous l'avons vu, en réalité, qu'à une seule base anatomo-pathologique, l'hyperplasie glandulaire. Quoiqu'il en soit, dans son travail, il publie :

14 néoplasmes du corps.

14 hyperplasies.

soit **50 %**.

Même en enlevant nos observations du laboratoire d'anatomie pathologique, il n'en reste pas moins vrai qu'après la ménopause, l'hyperplasie glandulaire est presque aussi fréquente que l'épithélioma du corps utérin.

2. *Symptômes de l'hyperplasie.* Nous ne reprendrons pas les symptômes de cette affection. D'après la lecture de nos observations, on peut voir qu'ils n'ont rien de spéciaux, ce sont ceux du cancer. Le diagnostic différentiel avec le néoplasme est donc impossible, les deux tableaux cliniques, après la ménopause, sont absolument identiques.

Notre observation XXII des cas bénins nous paraît typique.

Il s'agissait d'une femme de 64 ans, *ménopausée depuis longtemps*, qui vint consulter pour des pertes ressemblant à de l'eau rosée qui se produisaient depuis quelques temps. *Puis des métrorragies continues* firent leur apparition, accompagnées de petites douleurs dans le bas ventre.

Le toucher ne donne aucun renseignement, l'utérus est en rétroversion. On pratique une *hystérectomie* pour cancer du corps.

La pièce ne montre pas de cancer et l'histologie répond : *métrite hyperplasique*.

Par conséquent rien, ni la clinique, ni l'évolution, ni même la simple vue des lésions après curettage ne peuvent distinguer les deux affections.

Nous avons vu qu'il fallait la considérer comme une tumeur bénigne de l'utérus s'opposant, en tout point, au néoplasme.

Nous venons de voir, par ailleurs, *que la fréquence et la symptomatologie des deux affections étaient identiques*. Il faut pourtant faire un diagnostic, l'une des affection, est facilement guérissable, l'autre mortelle, mais cependant, opérée à temps dans une importante mesure, curable. C'est donc par la force des choses que l'on sera amené à chercher ailleurs que dans la clinique, le moyen de poser un diagnostic qui est habituellement *impossible* à faire.

---

## CHAPITRE II

### **Diagnostic du cancer utérin au moment et avant la ménopause**

Il nous a semblé que la distinction métrorragie avant et après la ménopause n'était pas suffisante pour l'étude du diagnostic du néoplasme du corps utérin. *Nous n'insisterons pas sur les difficultés du diagnostic* du néoplasme *avant l'âge* critique, chez la femme jeune. On sait qu'il est très complexe ; à toutes les causes que nous avons déjà longuement énumérées, il faut ajouter les rétentions placentaires, le chorio-épithéliome, le cancer du col, les métrorragies d'origine ovarienne, les salpingites, etc...

Il est évident, et de l'avis de tous les chirurgiens, qu'on ne saurait se passer de l'examen histologique pour faire le diagnostic du cancer qui, d'ailleurs, à cet âge, est exceptionnel. Nous avons vu cependant que dans nos 72 observations de cancer, nous avions deux malades de 39 ans et une malade de 34.

Au moment du retour d'âge, le diagnostic est beaucoup plus intéressant. C'est la période où le néoplasme peut passer le plus facilement inaperçu. Alors qu'après la ménopause une perte rouge, même légère, inquiète les malades et leur entourage et éveille tout de suite

l'idée du cancer, à la cinquantaine, la femme s'attend à des troubles de la menstruation, et n'y prête pas toujours l'importance qu'elle devrait leur attribuer. Dissimulée au milieu de tous les inconvénients qu'elle sait inévitables, l'apparition de petites pertes, souvent au début très légères et discontinues, la gêne et la trouble moins que les bouffées de chaleur et les palpitations qu'elle doit supporter.

On sait combien souvent ces métrorragies de la ménopause sont traitées par les agents physiques. Si le cancer est méconnu, cette thérapeutique amène des désastres. Moulonguet en rapporte une observation où les rayons aggravèrent l'évolution d'un néoplasme resté inaperçu (le curettage n'ayant pas été fait) ; la malade succomba très rapidement à une généralisation pelvienne rapide. Notre observation LXVIII en est peut-être un exemple, sans que nous puissions en donner la preuve, puisque justement l'examen histologique ne fut pas demandé.

Nous savons que l'épithélioma n'est pas aussi rare qu'on le pensait autrefois au moment de l'âge critique. Lecène, Monod, Moulonguet, Shaw, Schröder, défendent cette opinion.

Dans nos observations, nous avons rencontré 17 néoplasmes sur 72 à cette période troublée de la vie de la femme, autrement dit 19,4 % de nos cancers du corps n'étaient pas ménopausés. Dans les 76 observations de métrorragies recueillies dans le service du Professeur Bérard, 32 malades étaient venues consulter au moment de leur ménopause. Neuf de ces femmes étaient porteuses de cancer, soit 26,66 %

d'épithéliomas. Ces chiffres paraissent très forts, en regard de ceux habituellement donnés, quoique se rapprochant de celui de la clinique de Schröder qui est 24,2 %. J. Quénu publie 57 cas du même ordre, il ne trouve que quatre néoplasmes, soit 7 % ; Beclère donne le chiffre de 10 %. Archibald Donald, sur 177 épithéliomas du corps, en trouve 21 à la période de la ménopause, soit 11,8 %. Burger donne des chiffres beaucoup plus bas, 3,7 % des métrorragies de l'âge critique étaient, dans le service de Keller, dues à un cancer. En somme, il est certain qu'on rencontre le cancer plus souvent qu'il n'est classique de le dire, à l'époque de la disparition des règles. Peut-être même certains néoplasmes débutent-ils à cette période, puis restent silencieux, pour ne se manifester, d'une façon évidente, que plus tard. Nous avons deux observations (obs. 28, 36) assez curieuses à cet égard.

Quoiqu'il en soit, toutes les causes d'erreurs déjà étudiées dans le diagnostic du cancer après la ménopause peuvent se retrouver. Pour établir notre statistique, nous avons obéi aux mêmes principes que dans la classification de nos métrorragies post-climatériques, c'est-à-dire que nous n'avons tenu compte que des hémorragies de causes non évidentes. Nous avons trouvé sur 32 cas :

- 9 néoplasmes du corps, 26,6 %.
- 21 polypes muqueux et métrites hyperplasiques, 68,8 %.
- 1 kyste des ovaires.
- 1 tuberculose utérine.

La statistique de J. Quénu se décompose ainsi :

- 4 cancers du corps, 9 %.
- 4 fibromes sous-muqueux .
- 2 polypes.
- 2 lésions annexielles.
- 32 hyperplasies glandulaires, 73 %.

Nous étudierons le diagnostic du cancer avec les affections médicales, avec les fibromes, avec la tuberculose utérine à propos d'une très belle observation, enfin avec l'hyperplasie bénigne et les hémorragies dites de la ménopause.

1. A l'âge critique, l'on rencontre fréquemment des poussées congestives relevant de maladies générales (Dalché, Siredey). Les affections hépatiques, cardiaques, rénales, intestinales peuvent être à l'origine d'un certain nombre d'hémorragies.

L'hypertension de la ménopause, en particulier, est bien connue et Keller conseille avant de porter un diagnostic de toujours rechercher, chez ces femmes, la présence de l'albumine, un léger œdème des chevilles, et le chiffre de la tension artérielle. Siredey en a rapporté une observation typique au cours d'une discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 6 novembre 1933).

Il est bien évident que l'on ne peut pas porter cependant trop à la légère le diagnostic d'hémorragie médicale, et qu'il faut être bien sûr auparavant de n'avoir pas laissé passer un néoplasme.

2. *Le fibrome*. Contrairement à l'opinion ancienne qui voulait qu'à la ménopause les fibromes cessent, en

général, de faire parler d'eux, il est admis actuellement que, pour certains d'entre eux, elle accélère leur évolution et coïncide avec l'apparition des complications.

Deux formes sont spécialement difficiles à différencier : l'utérus fibromateux et le polype fibreux.

La fibromatose interstitielle que Pozzi appelait le fibrome à forme métritique et la petite tumeur fibreuse sous-muqueuse se traduisent, il est vrai, par des ménorragies ; mais à la longue la femme perd dans l'intervalle de ses règles et se sont de véritables métrorragies. Le diagnostic ne peut être fait qu'en mettant en évidence un intervalle net séparant deux périodes menstruelles.

En réalité, connaissant les irrégularités des hémorragies du cancer, surtout au début de son évolution, les périodes n'étant plus régulières au moment de la ménopause, il est quelquefois fort difficile de se faire une opinion, n'ayant aucun signe physique pour appuyer le diagnostic.

On a trop tendance, en général à cet âge, à parler d'utérus fibromateux (Monod). L'hystérectomie ne montre souvent qu'un gros utérus blanc, scléreux ; si l'on pratique un examen histologique, on voit que Pozzi avait raison de parler de forme métritique, car les lésions que l'on observe sont souvent des lésions d'hyperplasie glandulaire.

3. *L'hyperplasie glandulaire bénigne.* A la ménopause, l'ovaire (et sans doute l'hypophyse) semble bien la cause des modifications de la muqueuse qui accompagnent les hémorragies de la ménopause.

Forgues, de Rouville, Cotte, Adler, Schröder, rat-

tachent ces troubles anatomiques et cliniques au fonctionnement anormal et désordonné d'une glande qui est sur le point de physiologiquement disparaître.

Si on supprime, par l'opération ou par les rayons X, comme l'a montré Beclère, la glande ovarienne, on voit les hémorragies disparaître complètement sans aucun traitement utérin. C'est bien là la preuve de leur origine.

L'hyperplasie glandulaire est fréquente. Beclère, sur 38 observations, l'a rencontrée dans 48 % des cas. Quénu dans 53 % ; nous même dans 66 %.

Beclère a pu, lui, décrire une symptomatologie qui, lorsqu'elle existe au complet, facilite grandement le diagnostic.

1° Le début est brusque. Une malade jusque-là bien réglée, brusquement « d'un mois à l'autre » commence à présenter des hémorragies.

2° Il existe une période d'aménorrhée qui peut durer deux, trois, quatre mois ; et c'est là un élément de diagnostic essentiel pour différencier ces troubles de ceux qu'engendrent le cancer du corps.

3° Les métrorragies et les périodes d'aménorrhée alternent irrégulièrement. Quand ce tableau clinique est au complet, le diagnostic de troubles ovariens de la ménopause est très probable.

Malheureusement, il ne l'est pas toujours et Beclère ne le trouve que dans 30 % des cas. Dans tous les autres cas (70 %) les métrorragies ne se présentent pas avec les caractères que nous venons de suivre. Il est indispensable alors pour fixer le diagnostic de faire un curettage et un examen histologique.

Et Beclère ajoute, même dans le premier cas, lorsque la triade symptomatique est au complet, pour être tout à fait tranquille « *il est sage* » de faire une exploration et de faire examiner les débris des muqueuses.

4. *La tuberculose utérine.* C'est une affection très rare, il en existe cependant quelques observations (Delore, Bales). Nous n'y insisterons pas, mais nous reproduisons une très belle observation de notre Maître, où le diagnostic était impossible à faire cliniquement.

Il s'agissait d'une femme de 42 ans venant consulter pour des métrorragies datant de 18 mois.

Elle avait présenté des accidents pulmonaires aigus deux ans auparavant. Les pertes étaient apparues quelques temps après. Elles étaient continues, indolores, rien ne les calmait, ni le repos, ni les traitements proposés. A l'examen, cette femme avait le ventre ballonné, le toucher montrait un col normal, un utérus en bonne position, de volume normal. Les annexes n'étaient pas perçues. Le cul-de-sac droit était légèrement empâté. Le diagnostic restait imprécis. L'intervention pratiquée montra un semis de granulations péritonéales, un peu de pelvi-péritonite séreuse avec quelques laches adhérences. On fit une hystérectomie totale, une castration gauche avec conservation de l'ovaire droit. La pièce montra, à l'union de l'isthme et du corps, une zone fongueuse ulcérée assez superficielle. L'examen anatomo-pathologique répondait tuberculose utérine.

## CHAPITRE III

### Conclusion

Nous avons beaucoup insisté sur ce chapitre du diagnostic, car il nous a semblé, en entreprenant cette étude, que l'on n'avait pas réservé à certaines affections, en particulier à l'hyperplasie glandulaire, la place qu'elles méritaient dans la gynécologie des maladies post climatériques. Au risque de paraître confus, nous avons voulu montrer que la réalité n'était point schématique, bien au contraire, que simplifier dans quelque but que ce soit, c'était toujours forcer la vérité.

Comme le Professeur Tixier, comme J.-L. Faure, nous admettons que, lorsqu'une femme perd, après la ménopause, sans raison évidente, la première idée qui doit venir à l'esprit est celle d'un cancer du corps utérin.

Mais nous avons voulu montrer que porter un diagnostic ferme était souvent extrêmement difficile, souvent même impossible. Certes, on voit assez souvent diagnostiquer, avec raison, un néoplasme du corps sur le seul examen clinique, mais ce n'est jamais qu'un diagnostic de probabilité et le flair clinique ne peut être érigé en dogme.

Nous avons déjà dit et nous ne saurions assez répéter que penser à l'épithélioma du corps entraîne

une sanction thérapeutique grave, qu'opérer une femme âgée, c'est lui faire courir un risque important qui doit être compensé par le service que l'on veut rendre. Hystérectomiser une femme pour cancer du corps utérin possible et n'en point trouver à l'examen histologique de la pièce (ce qui est fréquent comme nous le montrerons plus loin), nous paraît une erreur qu'il faut à tout prix éviter.

A cet argument, J.-L. Faure répond « qu'il vaut mieux enlever de temps en temps, sans faire courir de grand risque à la malade, un organe dont le rôle physiologique est terminé, que de laisser évoluer un néoplasme dont l'existence aura été méconnue ».

Nous pensons comme notre père et comme notre Maître que l'on ne peut se résoudre à accepter cette façon de voir qui fait enlever 50 % d'utérus atteint de lésions bénignes.

Nous pensons que ce n'est pas tenir compte de la mortalité opératoire qui, quoiqu'on dise, existe et que ce n'est pas tenir compte de l'inutile souffrance des malades.

D'ailleurs personne ne se résigne à laisser passer inaperçu un cancer. Si le diagnostic clinique est impossible, comme nous l'avons montré, il existe des procédés qui sont moins sujets à caution, qui sont moins subjectifs que nos impressions.

Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour que les chirurgiens puisse tabler sur un diagnostic exact et, parmi les moyens, il en est un qui nous semble devoir être mis au premier plan : le curettage explorateur, obligatoirement suivi de l'examen histologique.

## QUATRIÈME PARTIE

### **Le curettage explorateur suivi d'examen histologique**

Nous passons volontairement sous silence les autres procédés mis à la disposition du chirurgien pour diagnostiquer le cancer du corps.

En premier lieu, parce que tant chez notre Maître que chez notre père, ils n'ont jamais été pratiqués et que nous ne pouvons en donner les résultats.

En second lieu, nous ne pouvons leur donner une valeur absolue. Nous sommes persuadé que, dans les mains de ceux qui en ont une grande habitude, l'hystérométrie, la radiographie après injection lipiodolée, le toucher intra-utérin peuvent donner de précieuses indications; mais, en dehors des critiques qui leur ont été adressées, nous pensons que ces méthodes n'ont pas une valeur générale et ne sont pas applicables à tous les cas et par tout le monde. De plus, elles ne peuvent donner une preuve tangible, définitive, en quelque sorte mathématique.

Seule la biopsie nous paraît donner des garanties suffisantes pour que l'on puisse, sans arrière pensée,

baser sur ces résultats une conduite thérapeutique.

Ce n'est pas un examen de laboratoire de luxe, c'est l'aboutissant normal de l'examen d'un malade atteint d'une tumeur accessible.

De même qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic exact d'une lésion osseuse, sans la radiographie, de même il est impossible d'affirmer qu'une affection est cancéreuse ou ne l'est pas, sans examen anatomo-pathologique.

Cependant, la biopsie du corps utérin a été critiquée d'une façon très serrée et très sévère par des chirurgiens possédant une expérience importante du néoplasme de l'utérus. J.-L. Faure, le Professeur Tixier, Ducuing, Pauchet, pour ne citer qu'eux, dans une série d'articles et de thèses se sont attachés à en montrer l'inutilité et les inconvénients. Toute femme, disent-ils, qui perd après la ménopause a sûrement un cancer utérin, *sans complément d'information*, elle doit être hystérectomisée.

Nous allons examiner les arguments que nous proposent ces chirurgiens.

Le curettage selon eux est :

- 1<sup>o</sup> inutile,
  - 2<sup>o</sup> dangereux,
  - 3<sup>o</sup> trompeur.
-

## CHAPITRE PREMIER

### Biopsie et curettage

---

#### LE CURETTAGE EST-IL INUTILE ?

Cette opinion repose essentiellement sur la notion de fréquence du cancer utérin après la ménopause et sur la facilité de son diagnostic.

Si, en effet, le pourcentage de 90 pour cent correspond à la réalité, tout examen devient inutile et l'hystérectomie immédiate doit être la règle, quoiqu'on ne voie pas bien pour quelle raison dix pour cent des femmes seulement suspectes de néoplasme et n'en présentant pas, seraient délibérément opérées.

Mais nous avons vu que ce pourcentage était bien loin de la réalité. Nous ne pouvons revenir sur ce que nous avons écrit au début de notre thèse sur la fréquence des affections bénignes par rapport aux néoplasmes. Nous concluions, après avoir cité de nombreuses statistiques que 50 % à 60 % des malades suspectes de cancer n'avaient que des lésions bénignes.

Dans ces conditions, il devient impossible de se passer des examens histologiques et d'hystérectomiser,

sur cent femmes suspectes, 40 à 50 femmes âgées qui ne sont atteintes que d'une maladie sans gravité. Et J. Quénu écrit, dans un article récent, « la proportion des cas cancéreux ne justifie pas, l'hystérectomie systématique ».

D'autre part, nous avons essayé de montrer les difficultés du diagnostic clinique. Il est impossible, avons-nous écrit, de dire si une femme âgée qui perd a ou n'a pas de cancer par le seul examen clinique. Laisser évoluer l'affection, attendre de nouvelles hémorragies, des symptômes plus précis, nous paraît (comme d'ailleurs pour tout cancer) une attitude inacceptable. Les signes cliniques sont trompeurs, ils ne traduisent en aucune façon l'évolution anatomique. D'ailleurs, si on attend qu'une hémorragie se reproduise pour fixer la conduite à tenir, dans certains cas de néoplasme, on peut attendre six mois ou un an (obs. 28, 36), ce qui n'est pas défendable.

En résumé, non seulement la biopsie n'est pas inutile, mais elle est *indispensable*.

Norris, étudiant 101 cas de cancer du fond utérin, au point de vue de la facilité du diagnostic clinique, cite des résultats qui nous paraissent confirmer éloquemment notre thèse.

Sur 101 cas, il fit 57 fois, *seulement*, un diagnostic correct par la seule clinique. 20 cancers furent étiquetés tumeurs bénignes et le néoplasme ne fut pas suspecté.

20 malades furent soupçonnés de cancer, sans qu'on puisse l'affirmer. Il conclut logiquement et nous concluons avec lui à l'impossibilité de se passer d'une base histologique, seule garantie d'un diagnostic exact.

L'on peut appliquer à la biopsie ce que Fochier disait de l'exploration intra-utérine: *Elle sauve les malades de l'hystérectomie ou par l'hystérectomie.*

#### B. LE CURETTAGE EST-IL DANGEREUX ?

Tel est le deuxième argument que nous allons réfuter.

Les dangers auxquels il exposerait les malades sont nombreux et de tous genres.

Double intervention chez des femmes âgées, risque de dissémination du néoplasme, retard apporté à l'intervention, infection possible, enfin, cette fameuse perforation de l'utérus cancéreux que, sans cesse, l'on agite comme un épouvantail.

Voyons ce qu'il faut retenir de ces critiques.

a) Évidemment, il est regrettable de faire subir une intervention supplémentaire, même minime, à une femme déjà âgée. Mais on ne peut s'arrêter raisonnablement à ce reproche, même le curettage serait-il à recommencer, quand il *s'agit d'éviter* à une malade une hystérectomie *qui a 50 chances pour 100 d'être inutile*, si elle est faite systématiquement. Même en admettant le pourcentage de J.-L. Faure, il reste encore dix femmes qu'il ne faut pas opérer.

b) Le retard que les examens histologiques apportent à l'intervention n'est pas un argument sérieux et vaut à peine le besoin d'être discuté. Il tombe sous le sens qu'un examen (ou même deux au pis

aller) ne peuvent durer plus d'une semaine. Pendant huit ou dix jours le cancer ne peut évoluer de façon dangereuse. Combien il est plus grave, à notre avis, de mettre en observation une malade qui a présenté une hémorragie après la ménopause et d'attendre que d'autres pertes se reproduisent pour fixer la conduite à tenir.

c) Le risque de dissémination cancéreuse doit-il empêcher la biopsie ? Nous ne le croyons pas. Nous pensons, avec J. Quénu, que c'est un reproche purement théorique. Le plus souvent, lorsqu'il y a un néoplasme, la cavité utérine est remplie par un gros chou-fleur, dont on n'a qu'à enlever quelques fragments. D'ailleurs le néoplasme évolue en surface pendant très longtemps. Les deux observations, publiées par Pauchet et le Professeur Tixier, étaient dues à des perforations méconnues, elles auraient été sûrement évitées par une hystérectomie immédiate. Les cas que rapportent Duval dans sa thèse ne sont guère plus convaincants puisqu'il publie six néoplasmes avec métastase, mais quatre d'entre eux n'avaient pas été curettés. Nous n'avons pu constater que six cas de métastases sur nos 72 cancers (obs. 2, 3, 18, 33, 24, 48). Aucun ne peut être imputé aux curettages ; nous avons déjà vu qu'aucune de nos récidives vaginales n'avait été curettée.

d) Les risques d'infection sont également bien rares, surtout si on prend soin de respecter les contre-indications du curettage, c'est-à-dire la présence

d'une salpingite à l'examen clinique. Nous n'en avons pas trouvé un seul dans nos observations. A. Bisch n'en a pas pas d'exemple dans sa thèse. Un grand nombre de chirurgiens déclarent n'avoir jamais eu un seul ennui. Nous citerons Mériel, Siredey, Muret, Reeb, Keller en France et cette liste de noms pourrait indéfiniment s'allonger. J. Quénu a observé une poussée salpingienne qui a guéri avec le repos et la glace.

Aucun des reproches fait jusqu'ici à l'exploration intra-utérine ne mérite donc d'être retenu.

e) Reste le danger de la perforation par la curette.

On a beaucoup parlé de ce danger de crever la paroi utérine d'un coup malheureux ou trop appuyé de l'instrument. On en a même beaucoup trop parlé, et on en a exagéré considérablement la fréquence. En réalité, ces faits sont *rare*s.

De deux choses l'une : ou d'emblée on est en présence d'un utérus rempli de fongosités néoplasiques — *on a alors qu'à les cueillir* dans la curette en les détachant doucement en plusieurs endroits, et il ne peut être question d'une perforation ; ou le cancer est limité (ce qui est rare, nous connaissons là beaucoup plus grande fréquence des formes en chou-fleur), et il se développe en surface, la paroi utérine est intacte, elle a gardé toute sa résistance à moins d'être à une période d'évolution de la tumeur extrêmement avancée. Elle est même souvent épaissie. A. Bisch, dans sa thèse reproduisant de belles pièces opératoires, écrit que « le plus souvent, le muscle utérin semble subir une sorte de réaction

contre la lésion qui l'envahit. Sur certaines pièces, l'hypertrophie des parois est très nette. Elles apparaissent à la coupe sensiblement augmentées d'épaisseur ».

D'ailleurs, ces perforations sont bien rarement signalées ; si les adversaires du curettage en connaissaient beaucoup, elles auraient été publiées. Or, il en existe très peu dans la littérature chirurgicale. Nous connaissons les cas du Professeur Tixier, de Pauchet, de Lefevre, de Bardou et Matey-Cornat, de Rouville. Dans les pièces anatomiques de la collection de notre maître, il en existe un superbe exemple datant d'avant guerre.

Begoin, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, a déclaré, sans donner de chiffres, qu'il en connaissait quelques cas.

Mériel, dans un article récent, a recherché les cas de perforation d'utérus néoplasique publiés en France depuis dix ans. Il a trouvé cinq perforations de 1923 à 1933.

Citer les chirurgiens qui ont fait des séries de curettage sans incidents, serait fastidieux. Nous avons recherché dans la littérature étrangère, allemande et américaine. Nous n'avons pas rencontré d'observations de perforation d'utérus cancéreux ces dernières années, nous même, dans notre statistique, nous n'en avons pas d'exemple.

Il nous semble qu'il doit exister cependant plus de cinq cas de perforation utérine en dix ans, étant donné le nombre considérable de curettages qui se font en France par année. Mais ces perforations, dont on ne

parle pas ne sont très souvent pas le fait de chirurgiens, qui les publieraient, mais de médecins opérant quelquefois dans des conditions matérielles extrêmement défectueuses. Il semble que si les curettages étaient faits par le chirurgien qui doit opérer ensuite la malade s'il y a lieu, on verrait disparaître les perforations ou, tout au moins, le chiffre de cinq en dix ans correspondre beaucoup plus à la vérité.

C. LE CURETTAGE EST-IL INFIDÈLE  
ET LES RÉSULTATS SONT-ILS TROMPEURS ?

Nous arrivons aux griefs les plus sérieux que l'on ait fait aux explorations intra-utérines suivies de biopsie.

*Infidèle.* — Les fragments, prélevés par curettage, sont souvent inutilisables. Soit qu'ils soient insuffisants, soit que la curette n'ait ramené que des débris que le microscope ne peut interpréter.

*Trompeur.* — Les débris examinés peuvent être de la muqueuse saine ou métritique et un cancer — en particulier d'une des cornes — passer inaperçu.

a) Le premier argument nous a paru aisément réfutable. Dans nos recherches au laboratoire d'anatomie pathologique, nous avons rencontré 321 examens histologiques faits sur des débris de muqueuse et de muscle utérin. Nous n'avons trouvé que *quatre fois* la réponse : débris inutilisables, prière d'envoyer d'autres fragments.

Vingt-huit fois il avait été répondu : lésions de métrite hyperplasique au niveau de la muqueuse. Prélèvement fait trop en surface, n'intéressant pas le muscle, impossible de nier la malignité.

Soit 287 réponses positives contre quatre cas inutilisables et 28 réponses douteuses. Autrement dit, sur 321 prélèvements, nous en avons trouvé dix pour cent sur lesquels on ne pouvait compter.

Les examens ont été pratiqués par M. le Professeur agrégé J.-F. Martin. Les réponses, nous a-t-il dit, offraient une complète sécurité; ont été étiquetés douteux des prélèvements qui étaient très probablement faits sur des muqueuses non cancéreuses, mais, étant donné la responsabilité que porte l'histologiste en cette matière, lorsque *toutes les conditions* ne sont pas rassemblées pour nier la malignité, la règle du laboratoire est de répondre : prélèvement douteux. Rosenstein présente 300 comptes-rendus histologiques après prélèvement intra-utérin. Elle ne trouve *que sept prélèvements* inutilisables, soit 2,3 pour cent. Dans le service de J. Quénu, 73 curettages furent pratiqués. Il n'y en eut aucun qui soient inutiles. Tourneux pratique 40 biopsies, toutes sont nettement positives. Mériel, sur 88 prélèvements, obtient 88 réponses utilisables. Noriss, dans un travail sur la comparaison du diagnostic clinique et du diagnostic microscopique du cancer utérin, signale, sur 58 curettages, 43 réponses nettes et 15 réponses douteuses ou erronnées, chiffre qui nous paraît bien important. De même celui de Ducuing qui pratique 82 prélèvements pour affection du corps utérin et qui ne publie

que 55 réponses nettes pour deux douteuses et 25 curettages infructueux.

Dans nos observations, sur 72 cancers, il ne fut pratiqué que 33 prélèvements. En effet, dans le service de notre père, dans une première période, on ne pratiquait pas de biopsie, suivant en cela les idées en cours. A la suite d'une série d'erreurs, le curettage devint la règle.

Quoiqu'il en soit, sur 33 prélèvements, il n'y eut jamais de réponses douteuses, ni de curettages inutiles, mais nous devons noter une erreur sur laquelle nous reviendrons plus loin.

En somme, nous pouvons conclure que les cas où l'on ne ramène avec la curette que des fragments ininterprétables par l'histologiste, sont extrêmement rares. En tous cas, la faute en est, non pas à la méthode, mais à la façon dont elle est exécutée. Les réponses douteuses sont rares également et elles ne devraient pas exister si les prélèvements étaient corrects.

Seule, la statistique de Ducuing, avec son pourcentage assez élevé de curettages infructueux, pourrait permettre de n'être pas entièrement de notre avis. Nous pensons que c'est le fait de la loi des séries, car toutes les autres statistiques confirment notre manière de voir.

Nous accordons plus particulièrement de valeur aux statistiques des laboratoires d'anatomie pathologique, où les pièces et les coupes sont minutieusement étudiées en dehors de toutes querelles d'écoles. Les chiffres qu'elles nous ont donnés, 2,3 % et 10 % de

biopsie inutilisable plaident éloquemment notre thèse et montre le peu de valeur du reproche d'infidélité. Nous avons établi la nôtre (avant de connaître le travail de Rosenstein), avec le plus grand souci d'éviter toute erreur, ne tenant compte que des fiches de laboratoire bien faites, laissant de côté toute biopsie où le mot curettage n'était pas écrit en toutes lettres sur l'envoi.

Nous présentons évidemment 28 cas douteux, nous avons déjà exposé le point de vue de M. J.-F. Martin à ce sujet. Nous devons ajouter que toutes les biopsies reçues au laboratoire n'ont pas été faites dans les hôpitaux ou par des chirurgiens dans leurs cliniques. D'après les textes accompagnant les fragments à examiner, nous nous sommes rendu compte qu'un certain nombre de curettages douteux ont été faits non par des chirurgiens, mais *quelquefois par des médecins*.

b) Nous allons nous attacher à répondre au deuxième argument des chirurgiens hystérectomistes d'emblée : le curettage est trompeur ; un cancer peut passer inaperçu, la curette étant aveugle.

Il est vrai que le résultat de la biopsie dépend de la manière dont elle est faite. Si on ne croit pas à ses données, si l'on sait d'avance que l'on n'en tiendra pas compte, en un mot si elle est pratiquée sans la foi, il y a peu de chance pour que l'on puisse, en effet, compter sur d'intéressants résultats. Au contraire, si l'on connaît toute l'importance du geste que l'on va faire, si le curettage est fait méthodiquement, ne

laissant rien au hasard, nous pensons que sa valeur est considérable.

Il n'existe évidemment aucun moyen d'investigation qui soit parfait, tous, même les plus sûrs, peuvent, de temps à autre, induire en erreur. Mais celui que nous proposons est un des plus fidèles que le clinicien ait à sa disposition, lorsqu'il est correctement exécuté.

Un des moyens de nous en rendre compte consiste à suivre les malades que l'histologie a préservé de l'opération : à rechercher si, dans ces métrites, un cancer ne serait pas passé inaperçu. Ce travail n'a pas été fait fréquemment, mais, cependant, il existe quelques statistiques précises d'une très grande valeur.

Celles de J. Quénu publiées dans les thèses de Butaud et de Picard, ses élèves.

Dans la première, il s'agit de métrites après la ménopause. Les malades ont été revues tous les trois mois, aucune n'a été perdue de vue. Sur 23 malades, treize étaient porteuses de cancer qui furent diagnostiqués et opérés. Dix avaient des métrites. Aucune de ces malades n'a présenté de signes de néoplasme. Le curettage, dix fois, avait donné une réponse correcte, vérifiée par la clinique avec un recul d'au moins deux ans.

Dans la thèse de Picard, il s'agit de métrorragies au moment de la ménopause, ce qui n'a pas d'importance pour étudier la valeur du curettage. Il en publie 57 observations. Trente-huit fois l'histologie ne montra que des lésions bénignes.

Huit malades furent hystérectomisées. *Aucune n'était porteuse de cancer.* Vingt-neuf fois les malades ne furent pas opérées, mais suivies *jusqu'à guérison complète.*

*Aucun cancer n'avait échappé au curettage.*

Tourneux non plus n'a jamais vu se glisser d'erreurs dans les quinze cas de métrite de sa statistique.

Les statistiques publiées par Rosenstein ne comportent que des malades dont on s'assura de la guérison. Toutes furent suivies de très près. « Sur les centaines de cas de la clinique gynécologique, écrite, nous n'en n'avons pas trouvé un seul où, soit l'hystérectomie, soit l'évolution ultérieure, soient venues démontrer que le microscope avait laissé échapper un cancer ». Il ne s'agit plus ici de quelques cas, mais de 1.641 curettages.

Quant à la statistique du laboratoire d'anatomie pathologique, Rosenstein a pu également en suivre les malades.

Ce travail est plus facile à Strasbourg, où hôpital et faculté sont dans le même bâtiment, qu'à Lyon. Nous avons essayé de le faire avant de lire la thèse de Rosenstein. La dissémination des services hospitaliers lyonnais, les sources très diverses des pièces envoyées à l'examen ne nous ont permis de retrouver, dans les cahiers d'observation des services, qu'une trentaine de cas. Aucune malade n'avait été revue, porteuse de cancers, dans les observations que nous avons retrouvées, mais elles ne sont malheureusement pas suffisamment nombreuses pour que nous puissions en faire état.

Rosenstein a dépouillé en tout 1.349 résultats de biopsie du corps utérin. Toutes les réponses données furent exactes. Aucun néoplasme ne passa inaperçu. Un seul ne fut diagnostiqué qu'au second examen.

Notre statistique clinique, nous l'avons vu, comporte 66 lésions bénignes du corps utérin (métrites hyperplasiques, métrites vraies, polypes), 24 avant la ménopause, 45 *après elle*.

a) *Avant la ménopause*, sur 24 malades, dix ou bien ont été opérées ou bien nous ont donné de leur nouvelles. Pas un seul cancer utérin n'avait échappé. quatorze n'ont pu être revues.

b) *Après la ménopause*, sur 44 malades, 36 ont ou été opérées ou ont été suivies et n'étaient porteuses que de *lésions cancéreuses*. Les 48 autres malades ne sont pas revenues à la consultation. Elles n'ont pu être retrouvées.

Nous avons, dans notre statistique, une erreur d'interprétation histologique (obs. LXXII). Un épithélioma pavimenteux fut étiqueté métrite. La malade a été opérée et le cancer reconnu.

Notre statistique, ajoutée à celles de J. Quénu et de Rosenstein, vient confirmer, de façon éclatante, ce que nous disions au début de ce chapitre : nous ne pouvons accepter la façon de voir des chirurgiens hystérectomistes d'emblée. Nous mettons toute notre confiance dans l'examen histologique.

On nous objectera : 1<sup>o</sup> nos malades non revues ; 2<sup>o</sup> notre erreur d'interprétation.

a) Évidemment sur 66 lésions cataloguées bénignes, 22 n'ont pas été contrôlées par la clinique. Nous ne sommes sûr que de 44 cas. Mais les statistiques de Quénu et de Rosenstein viennent compléter nos documents. D'ailleurs, nous pensons, comme nous l'expliquerons plus loin, avec Novak, avec J. Quénu, que ces malades n'étaient pas cancéreuses.

b) Notre erreur d'interprétation ne prouve rien. Seraient-elles plus nombreuses que l'on ne saurait incriminer la méthode. La faute en revient, soit à l'histologiste, soit simplement à celui qui a pratiqué le prélèvement. Si l'on a laissé inexplorée une partie de la cavité utérine, la faute n'en est point à la curette, mais à la main qui la guidait.

D'ailleurs, les erreurs les plus nombreuses consistaient non pas à laisser passer inaperçu un cancer, mais bien plutôt et plus souvent à dire néoplasme quand, en réalité, c'est d'une métrite qu'il s'agit. Nous n'avons pas d'exemple de ce genre dans nos observations, mais Picard, dans sa thèse, publie cinq interventions faites pour des épithéliomas glandulaires, diagnostiqués par le microscope, qui, pièce en main, et à un nouvel examen histologique, n'étaient pas des cancers. Il en conclut à la nécessité évidente d'une collaboration étroite entre l'histologiste et le chirurgien.

Il faut également signaler que des utérus cancéreux, diagnostiqués par le laboratoire, après l'ablation, étaient macroscopiquement et histologiquement normaux. Babès en a donné une explication, avec des

observations extrêmement précises à l'appui. Il publie, avec Paltinéanu, six cas indubitables de néoplasme ayant disparu après le curettage. Toute possibilité d'erreur a été écartée dans ces six observations très minutieuses. Babès explique ces faits par des tumeurs petites, bien limitées à la muqueuse, encore à un stade de début. La curette enlève toutes les parties cancéreuses, l'hystérectomie et l'histologie n'en retrouvent plus trace. Cependant le premier examen, après curettage, avait raison car les malades, suivies, ont fait plus tard, la preuve de leurs cancers.

---

## CHAPITRE II

### Valeur du curettage

Le prélèvement intra-utérin, suivi d'un examen anatomo-pathologique, est donc l'aboutissant normal de l'examen clinique. Nous lui reconnaissons une valeur primordiale. Il n'existe pas de méthode infaillible, mais il existe des procédés qui donnent le maximum de garantie ; celui que nous préconisons nous paraît être de ceux-là. Le chirurgien peut, dans une très large mesure, compter sur ces résultats.

Les cas où l'histologie ne peut affirmer d'une façon absolue l'absence de malignité parce qu'il n'y avait pas de fragments musculaires dans le prélèvement sont rares (2 % et 10 % dans notre statistique), mais d'après certains chirurgiens, et nous sommes de leur avis, ils ne doivent pas faire hésiter sur le diagnostic, ni sur la conduite à tenir.

J. Quénu considère ces cas comme bénins, l'expérience lui a montré que, lorsque le curettage avait été fait soigneusement, bien que la réponse du laboratoire laisse planer un doute, les malades, cliniquement, étaient indemnes de cancer et, sans avoir été opérées, guérissaient simplement. Quénu n'est pas seul de cet avis. Novak de Baltimore, estime

également que le nombre des cas suspects est important, et que la très grande majorité de ces malades sont facilement curables par le traitement conservateur.

D'ailleurs, ces faits ne devraient plus se voir, ils sont dus à des prélèvements trop timides. La fameuse menace de la perforation incite les chirurgiens à une telle prudence qu'elle peut rendre ces curettages en partie inutilisables. Pour que l'on puisse tabler sur un résultat précis, il faut une biopsie correcte, prélevant la muqueuse et un lambeau sous-muqueux.

En somme, nous proposons de substituer à la règle qui impose l'hystérectomie immédiate aux femmes atteintes de métrorragie après la ménopause, une règle différente et opposée qui se résume ainsi :

Toute femme atteinte d'hémorragie post climatérique, de causes non évidentes, est suspecte d'avoir un cancer du corps utérin. *Cependant, cinquante pour cent en sont indemnes et l'examen histologique seul peut nous le prouver et nous dicter la conduite à tenir.*

Le nombre de chirurgiens qui pensent comme nous est considérable. Le Professeur Villard, dans une discussion de la Société de Chirurgie de Lyon, plaide cette thèse. De Rouville, Violet, Mériel, Lecène, Walther, Reeb, Mouchotte, Moulonguet, Petit-Dutaillis, G. Leclerc... en France ; Muret, Babès, Schiffmann, Lahm, Novak, Taylor, Ladin, Davis, Mickulickz... à l'étranger, défendent le curettage systématique contre les attaques récentes qui lui ont été faites.

Il nous paraît dangereux de s'écarter de cette façon

de voir, le chirurgien agissant alors en aveugle, et s'exposant par trop à enlever un utérus qui n'a que des lésions sans gravité.

On trouve très peu, dans l'abondante littérature qu'a suscitée la question du cancer utérin, d'observations d'hystérectomie inutile. Mériel, défendant la biopsie dans un travail récent, écrit qu'au cours de sa carrière il a certainement enlevé des utérus « qui n'avaient que bien peu de chose ». J. Quénu publie six hystérectomies pour lésions bénignes.

J.-L. Faure écrit que, dans les quelques rares cas où cela a pu se produire, il se console aisément d'avoir enlevé un organe devenu inutile, plutôt que d'avoir laisser passer un néoplasme. De mortalité opératoire, dans ces opérations qui auraient pu et dû être évitées, on ne parle jamais.

Nous pensons que certains chirurgiens qui connaissent parfaitement la question de l'épithélioma glandulaire ne doivent, en effet, que rarement se tromper et peuvent se passer de la biopsie. Le Professeur Tixier n'a jamais fait de ces interventions inutiles.

Mais du fait que quelques chirurgiens, particulièrement avertis, ne se trompent jamais, peut-on tirer une règle de conduite valable pour tous en toutes circonstances ? Certainement pas, et nous pouvons le prouver de façon péremptoire.

Au laboratoire d'anatomie pathologique, nous nous sommes attaché à analyser les réponses histologiques, non pas seulement des curettages, mais *des pièces prélevées après hystérectomie*.

Nous avons trouvé 49 interventions faites pour

néoplasme du corps probable, dont les pièces examinées au laboratoire ne montraient que des lésions de métrite. Deux utérus enlevés présentaient une muqueuse normale à l'examen microscopique.

*Voilà donc, en quatre ans, 51 femmes qui, à Lyon et dans la région lyonnaise, ont été opérées inutilement.*

Il est certain, d'autre part, que l'hyperplasie ressemblant beaucoup à l'œil nu au cancer, tous les utérus enlevés ne sont pas envoyés à l'histologiste. Si cela était, le nombre des hystérectomies blanches serait sûrement plus important, et ces cas se chiffreraient par centaines.

Ce chiffre ne nous paraît cependant pas extraordinaire, si on opère les malades sur un simple diagnostic clinique.

A ces 51 observations anonymes, nous pouvons ajouter des observations personnelles en nombre proportionnellement aussi impressionnant. Dans le service de notre Maître, 14 hystérectomies ont été pratiquées de 1919 à 1934 pour cancer du corps utérin qui, pièces en main et vérifiées par l'histologie, *n'étaient en réalité que des métrites* avec ou sans petits kystes ovariens (obs. I à XIV). Nous ne comptons pas dans les malades opérées inutilement notre observation XV de tuberculose utérine. Dans le service de notre père, 13 malades ont été également opérées qui ne présentaient que des lésions bénignes du corps utérin, curables par le traitement conservateur (obs. XVI et XXVIII).

Voyons dans quelles conditions ont été faites ces interventions ?

Dans le service de notre Maître, deux fois l'on pratiqua l'hystérectomie après prélèvement intra-utérin. Dans un premier cas (obs. II), l'on ne tint pas compte de la réponse histologique qui affirmait : lésions bénignes de métrite. L'on passa outre et la pièce opératoire montra un utérus indemne de tout cancer. Dans l'observation VII le curettage fut bien pratiqué, mais on se fia à l'aspect macroscopique des lésions, on ne fit point d'examen histologique et on enleva immédiatement après un utérus qui n'avait que des lésions d'hyperplasie. Dans les douze autres interventions, l'opération fut décidée par les signes fonctionnels que présentaient les malades. Douze fois, les fameux signes de « quasi certitude » du cancer utérin induisaient en erreur le chirurgien.

Dans le service de notre père, la façon de faire a été un peu différente, en ce sens que, sur les dix malades opérées, huit subirent un curettage *qui, sept fois ne fut pas suivi* d'examen histologique. Il s'en suivit sept erreurs.

De plus, dans un cas (obs. XXVI) l'examen histologique fut bien pratiqué, mais on passa outre et là encore un utérus atteint d'hyperplasie fut enlevé.

En somme, aux 51 cas inutilement opérés que nous connaissons par le laboratoire d'anatomie pathologique, il faut ajouter 26 femmes dont nous connaissons l'histoire clinique qui auraient pu guérir par un traitement conservateur.

Sur ces 26 malades, 19 *avaient passé l'âge de la ménopause*, trois avaient plus de 47 ans, trois plus de 40 ans, la dernière avait 38 ans.

Nous pensons que ces chiffres se passent de commentaire. Ils représentent *la condamnation formelle* de l'intervention d'emblée « sans complément d'information » chez les femmes ayant des pertes au moment ou après *avoir dépassé l'âge critique*.

L'on sait, par ailleurs, que la mortalité opératoire pour néoplasme du corps est loin d'être négligeable. Chez certains chirurgiens même elle est plus élevée que celle du Wertheim (G. Leclerc).

Le Professeur Tixier donne le chiffre de 10,7 pour cent dans la thèse de A. Bisch. Tourneux, 13 %, G. Leclerc, 18 % ; Volracht, 17 % ; Keller, 11 %.

Il est vrai que ces chiffres correspondent à des hystérectomies pour cancer et que l'on peut objecter qu'elle est plus grave que lorsqu'elle est pratiquée pour des lésions bénignes.

Mais la mortalité des hystérectomies pour métrites existe ; les malades dans les deux cas sont âgées, *très souvent obèses*, (nous en avons un grand nombre dans nos observations), elles ont souvent une santé en équilibre instable.

« Si dans un cas tout à fait exceptionnel, on a le malheur de perdre une malade qui n'avait pas de cancer... » écrit J.-L. Faure.

« Tout à fait exceptionnel » se traduit, en réalité, par non publié.

Nous connaissons quatre cas de mort post opératoire après hystérectomie qui auraient pu être évités si on avait fait un examen histologique. Nous en publions deux observations, prises dans le service de notre père (ob. XXIII et XXIV).

Dans l'une (obs. XXIV), il s'agissait d'une femme de 55 ans, ménopausée à 50 ans qui, depuis deux ans, présentait des pertes jaunâtres, entrecoupées de petites hémorragies. Pas de douleurs, signe physique ne donnant pas de renseignement.

On ne fait pas de curettage, mais on décide l'hystérectomie d'emblée avec le diagnostic : cancer du corps utérin.

Hystérectomie vaginale difficile. Pièce : petit utérus normal. Histologie : métrite, pas de lésions cancéreuses. Occlusion post opératoire. Réintervention. Mort au dixième jour.

Nous connaissons de plus un cas semblable dans le service de notre maître (nous n'avons pu retrouver l'observation, mais nous le tenons du chirurgien qui a opéré, le docteur Armanet) ; et nous en avons un identique dans notre entourage.

Nous sommes certain, et il ne peut en être autrement, qu'il existe un grand nombre d'observations d'hystérectomie blanche, semblables aux nôtres. Or d'une façon générale, l'hystérectomie n'est sûrement pas une opération aussi bénigne que certains le pensent (thèse de Triboulet, Lyon 1907) et n'est-ce pas navrant de perdre des malades pour simplement obéir à une règle de conduite.

## CHAPITRE III

### **Technique du curettage et interprétation de ses résultats**

---

#### a) TECHNIQUE

Ce sera, écrit Bisch, « une véritable intervention chirurgicale » exécutée par le chirurgien qui, plus tard, opérera ou n'opérera pas le malade. Le Professeur Tixier insiste sur ce fait que l'exploration ne doit pas être laissée à des mains non averties ou trop inexpérimentées.

*L'anesthésie générale* est indispensable pour faire un examen complet et un prélèvement utilisable.

La malade endormie, le toucher vaginal qui ne donnait que peu de renseignements, chez certaines femmes, peut permettre d'apprécier s'il existe des lésions annexielles et le volume de l'utérus.

La dilatation du col se fait aux bougies d'Hégar. Le laminaire doit être abandonné, exposant à des accidents de rétention.

La dilatation, faite progressivement, sans violence, est poursuivie jusqu'à permettre le passage de la

curette. Le passage de l'isthme, comme l'écrit Cotte, peut être difficile, gêné par une sténose qu'il faut franchir. Le col suffisamment dilaté, deux cas se présentent.

1° L'utérus est rempli de fongosités. Il est impossible de se fier aux apparences. « Sans examen histologique il n'y a que confusion et erreur » (Moulon-guet). Il faut donc faire un prélèvement, il est alors facile, mais il ne faut pas en faire qu'un seul. En plusieurs endroits, il faut doucement détacher les fongosités.

2° L'utérus que l'hystérométrie (Violet) a montré agrandi paraît cependant normal, on ne rencontre pas à un premier examen de fongosités. Le toucher intra-utérin (Cotte) peut parfois guider la curette, mais il est nécessaire d'explorer systématiquement la cavité d'abord les deux faces, le fond très attentivement, les bords, enfin les deux cornes. Il n'est pas un centimètre de l'utérus qui ne doive être visité par l'instrument. Si l'on rencontre une zone suspecte, si la curette ramène des fongosités localisées, il faut, à ce niveau, *détacher prudemment* un fragment sous-muqueux c'est-à-dire un lambeau musculaire. Fréquemment on trouvera un polype, son ablation sera toujours suivie de prélèvement au niveau de sa base d'implantation et au niveau du reste du corps utérin.

Si le curettage ne ramène aucun débris, aucune fongosité, il faut cependant prélever des fragments de muqueuse et de muscle sur l'organe en apparence sain.

Les débris recueillis seront déposés sur une com-

presse. Picard conseille, pour éliminer les caillots sanguins, de mettre les fragments dans du sérum physiologique avant de les fixer dans le liquide de Bouin ou de Dubosc. Ainsi exécuté prudemment, mais complètement par un chirurgien, avec autant de soins qu'une intervention abdominale, avec la pensée constante que si le curettage est une manœuvre nécessaire, ce n'en est pas moins une intervention délicate, il ne doit pas arriver d'accidents.

Il n'y aura de plus aucune raison pour que quelque chose d'anormal au niveau de l'utérus ait échappé; les réponses douteuses n'existeront plus, certainement, que dans des proportions infimes.

Enfin il doit y avoir une collaboration intime entre le chirurgien et l'histologiste. Ce ne sont pas des lambeaux de tissu anonyme qu'il faut examiner; l'histoire clinique, l'âge de la malade, le diagnostic probable doivent être connus de l'anatomo-pathologiste.

#### *b)* COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DE L'EXAMEN DU LABORATOIRE

1. L'histologie répond : épithélioma glandulaire. Il n'y a aucun doute sur la conduite à tenir. Que la clinique confirme ou contredise cette réponse, il faut opérer.

2. L'épithélioma pavimenteux n'est pas une rareté. Si on en rencontre un cas, il est possible d'essayer, en cas de contre-indication opératoire, le radium.

3. Le curettage a été fait soigneusement, le laboratoire répond : hyperplasie glandulaire. Pas trace

de malignité. Il n'y a aucun doute, il faut s'abstenir. Les hémorragies cesseront après le curettage qui a non seulement une valeur diagnostique, mais thérapeutique. Dans quelques cas, rares, les pertes n'ayant pas disparus, on sera amené soit à faire des rayons, soit à pratiquer un nouveau curettage (J. Quénu).

4. Une dernière éventualité peut se rencontrer : la réponse douteuse. Nous avons dit qu'elle ne devait plus se voir. Cependant si le prélèvement est fait correctement et que, cependant la réponse du laboratoire laisse un doute, il est très probable que la malade n'est porteuse que de lésions bénignes.

a) Si l'histoire clinique dément nettement l'hypothèse d'une affection non chirurgicale, il faut recommencer le curettage (Schiffmann, Kamniker, Quénu, G. Leclerc...). La gravité de deux curettages ne se compare pas à celle d'une hystérectomie totale.

b) Si la clinique est plus en faveur d'une lésion bénigne que d'un cancer, nous pensons, avec J. Quénu, qu'il faut **surveiller régulièrement** ces malades.

Revue tous les trois mois, on ne se déciderait à enlever l'utérus que devant des hémorragies persistantes. L'indication opératoire venant alors plus du fait des hémorragies que de la possibilité d'un néoplasme. Mais nous le répétons, ces cas sont exceptionnels. Ils ne doivent plus se voir. Dans la très grande majorité des examens, la réponse doit être nette, ne laisser place à aucun doute. Entre l'exploration trop timide et le curettage brutal, il y a place pour une technique rationnelle qui doit donner une *certitude* au chirurgien et à sa malade.

## CINQUIÈME PARTIE

### Observations

#### I. Observations de cancer du corps utérin

---

##### Observations du service du Professeur Leclerc

Observation n° 1. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> R. B., entrée le 21 novembre 1922, 57 ans.

Ménopause il y a 7 ans. Pertes blanches depuis six mois, pertes rouges irrégulières depuis 4 mois, quelques coliques.

Toucher vaginal : col intact, utérus un peu gros.

*Curettage explorateur* ramène des débris qui paraissent néoplasique. Réponse de l'histologie : épithélioma glandulaire.

Intervention. Hystérectomie totale. Il s'agit d'un tout petit néoplasme du fond utérin.

Malade revue six ans après en 1928 en bonne santé.

---

Observation n° 2. — Néoplasme du corps. Laparotomie exploratrice.

M<sup>me</sup> M. M., 48 ans, entrée en avril 1926.

Pas d'antécédents. Depuis janvier, pertes rouges entre les règles. Ces pertes s'accompagnent de douleurs s'irradiant dans l'aîne gauche et la cuisse.

T. V. : col volumineux, mais sain, gros utérus irrégulièrement bosselé. Tumeur peu mobile enclavée dans le petit bassin. Le toucher fait saigner la malade.

Le diagnostic hésite entre fibrome (dégénéré ou non) et cancer utérin. *Pas de curettage*.

*Intervention* : à l'ouverture du ventre, généralisation péritonéale, adhérence du grêle à la tumeur utérine. On referme.

---

Observation n° 3. — Cancer du corps utérin.

M<sup>me</sup> M., 66 ans, entrée le 19 septembre 1927.

Cinq fausses couches.

Ménopause à 47 ans. Entre dans le service pour des douleurs, ce sont des coliques assez violentes, avec ballonnement se terminant par de la diarrhée. *Pertes rouges il y a 15 jours pendant un jour*. Température : 38°, 38°5.

Examen : ventre un peu douloureux. T. V. : col normal, masse volumineuse dans le Douglas.

*Curettage explorateur*. On voit sortir du col des fragments néoplasiques.

Examen histologique : néoplasme glandulaire du corps utérin.

*Intervention*. Noyaux néoplasiques qui occupent l'épiploon, soudent entre eux S iliaque et transverse. Utérus de volume normal, on referme.

Décédée six mois après.

---

Observation n° 4. — Néoplasme mixte du corps utérin ayant envahi le vagin, *avant la ménopause*.

M<sup>me</sup> M., 53 ans, décembre 1927.

Une fausse couche. Vient pour des pertes. Depuis 4 ans perd continuellement, ne reconnaissait plus ses règles. Depuis avril, arrêt des hémorragies, mais pertes fétides. Souffre du ventre, des reins par crise. Température : 38°, 38°5.

Examen : grosse masse utérine sentie par le palper abdominal. T. V. : tout le vagin est infiltré par une induration sous-muqueuse. Cystoscopie : ulcération du trigone.

*Curettage* : Epithélioma du corps utérin, forme mixte. Malade inopérable. Pas d'intervention.

Observation n° 5. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> Q., 54 ans, mars 1931.

Ménopause 50 ans. Affection débute par quelques pertes rouges, d'abord peu abondantes, quelques gouttes de sang rouge jusqu'à ces jours-ci. Pertes blanches ou rosées. Il y a 15 jours, importante hémorragie avec gros caillot durant 3 jours. Les pertes continues et deviennent fétides.

T. V. : gros utérus à col entr'ouvert, cul-de-sac souple.

*Curettage* : bourgeons sphacelés et friables. Néoplasme du corps.

Hystérectomie totale. Néoplasme du fond utérin.

En 1933, bonne santé.

---

Observation n° 6. — Néoplasme du corps propagé au col. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> P., 70 ans, mai 1922.

Ménopause 52 ans. Perd depuis 3 ans.

T. V. : on sent un gros néoplasme du col, mais n'ayant pas envahi le cul-de-sac.

Intervention. On commence une hystérectomie totale, en tirant sur l'utérus, il se déchire au niveau du cul-de-sac antérieur. Pièce : néoplasme du corps *propagée* au col.

Histologie : épithélioma glandulaire.

Revue en 1930, va bien.

---

Observation n° 7. — Cancer pavimenteux du corps et kyste de l'ovaire. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> J., 59 ans, entrée en février 1932.

Ménopause à 51 ans. Hydrorrhée depuis 15 mois, **pas de pertes sanglantes**. Quelques douleurs dans membre inférieur.

T. V. : col normal. Tumeur dans le Douglas paraissant indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Laparotomie : kyste inclus dans le Douglas. L'utérus est gros, ramolli, rouge. On pense au néoplasme du corps.

Hystérectomie : néoplasme pavimenteux du corps utérin (à l'examen histologique).

Observation n° 8. — Néoplasme du corps. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> M. E., 66 ans, novembre 1923.

Ménopause à 45 ans. Perd depuis trois mois continuellement. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, gros utérus.

Hystérométrie : cavité utérine 10 cent. L'utérus saigne un peu.

Hystérectomie totale. Pièce néoplasme du corps utérin.

Histologie : épithélioma glandulaire.

Décédée novembre 1924.

---

Observation n° 9. — Néoplasme du corps utérin et fibrome. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> B., 57 ans.

Ménopause à 50 ans. Pertes depuis six mois continues, rouges ou roussâtres. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus volumineux.

Hystérométrie fait légèrement saigner.

Hystérectomie sub-totale. Pièce néoplasme de l'utérus associé à un fibrome du fond.

Histologie : épithélioma cylindrique du corps utérin.

Revue en 1934 en bonne santé.

---

Observation n° 10. — Cancer du corps. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> S. P., 56 ans, février 1926.

Ménopause il y a 10 ans. Pertes rouges depuis un an. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, gros utérus.

Hystérectomie totale. Pièce néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Revue en 1934, va bien.

---

Observation n° 11. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie vaginale.

M<sup>me</sup> J., 68 ans, mai 1929.

Ménopause à 45 ans. Perd depuis 6 ans. Pas de douleurs.

*Curettage* : débris néoplasiques.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Hystérectomie vaginale.

---

Observation n° 12. — Néoplasme du corps utérin.

Hystérectomie sub-totale.

M<sup>me</sup> M., 60 ans, mars 1929.

Ménopause à 50 ans. Perd de temps en temps depuis 2 ans, depuis 6 mois continuellement.

T. V. : col normal, utérus normal.

Hystérectomie. Pièce néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 13. — Volumineux néoplasme du corps, *avant la ménopause*. Hystérectomie sub-totale.

M<sup>me</sup> C., 45 ans, mars 1927.

Salpingite à 39 ans. Depuis, pertes blanches. Pertes rouges depuis six mois à peu près constantes, peu abondantes. On reconnaît néanmoins les règles qui sont très abondantes.

T. V. : col entr'ouvert, gros utérus bosselé, mobile.

Hystérectomie : adhérence nombreuse de l'épiploon à l'intestin et l'utérus. Hystérectomie difficile. Pièce néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 14. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> M., 71 ans, avril 1925.

Ménopause à 52 ans. Perte il y a un mois assez forte pendant 3 jours. Depuis perd de temps en temps très peu. Quelques petites coliques. Pas de pertes blanches.

Examen : col normal, corps utérin semble normal (malade grasse).

*Curettage explorateur* : débris néoplasiques.

Hystérectomie totale. Pièce : petit néoplasme au début.

Histologie : épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 15. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> G., 50 ans, 1919.

*Pas de ménopause.* Depuis 5 ans perd constamment. Depuis quelque temps hydorrhée, crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche.

Examen : gros utérus mobile, col entr'ouvert mais normal.

Hystérectomie sub-totale totalisée. Pièce : gros néoplasme du corps.

Revue en 1929 sans récurrence.

---

Observation n° 16. — Cancer du corps propagé au col, avant la ménopause.

M<sup>me</sup> S., 39 ans, 1920.

Un enfant. Irrégulièrement réglée depuis 20 ans. Pertes rouges depuis deux mois. Souffre du ventre et des reins.

T. V. : col normal, gros utérus mobile.

Diagnostic : gros fibrome.

Intervention.. Hystérectomie totale. Cancer du corps propagé au col. Application de radium consécutive.

---

Observation n° 17. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie vaginale.

M<sup>me</sup> M., 59 ans, 1920.

Ménopause à 53 ans, sans incident. Perd depuis 3 mois en rouge. Pertes blanches abondantes depuis 4 ans.

Examen : col normal, utérus mal perçu (malade obèse).

Intervention. Hystérectomie vaginale.

Pièce : gros néoplasme du corps utérin.

---

Observation n° 18. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie. Récurrence.

M<sup>me</sup> P., 62 ans, 1920.

Ménopause à 52 ans. Perd depuis un an constamment.  
Pas de douleurs.

T. V. : col normal, fond utérin mal perçu (femme obèse).

Hystérectomie totale difficile

Pièce : néoplasme du corps.

En 1926, six ans après, récurrence vaginale. Radium.

---

Observation n° 19. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie  
sub-totale.

M<sup>me</sup> D., 55 ans, 1922.

Ménopause il y a 5 ans. Depuis 3 ans perd à peu près constamment tantôt en rouge, tantôt pertes rosées. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus mal perçu (malade obèse).

Hystérectomie sub-totale difficile (obésité).

Pièce : néoplasme du corps utérin.

---

Observation n° 20. — Cancer du corps utérin. Épithélioma  
pavimenteux. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> D., 50 ans, 1922.

*Pas de ménopause.* Pertes rouges continues depuis six mois.  
Pertes rosées fétides. Douleurs dans les reins et le bas ventre

T. V. : col mou normal, utérus un peu gros, mobile.

Hystérectomie totale.

Pièce : néoplasme bourgeonnant du fond.

Histologie : épithélioma pavimenteux du corps.

---

Observation n° 21. — Néoplasme total du corps utérin.

Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> G., 63 ans, 1926.

Ménopause il y a 10 ans. Perd légèrement depuis 6 mois.

T. V. : ne donne pas d'indications.

Hystérectomie. Pièce : tout l'utérus est envahi par un cancer utérin.

Observation n° 22. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> L., 55 ans, 1923. (Malade vue par le Professeur R. Leriche).

Ménopause il y a 6 ans. Pertes rouges depuis 4 mois, discontinues, dans l'intervalle pertes rosées. Douleurs dans l'hypocondre droit.

T. V. : petit col, fond utérin ne peut être perçu (malade obèse).

Hystérectomie. Pièce : cancer du fond utérin.

Histologie : épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 23. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale.

M<sup>me</sup> M., 63 ans, 1921.

Ménopause il y a 16 ans. Hémorragie datant de 3 semaines, *durant 4 jours*. Depuis plus de pertes rouges. Quelques pertes blanches.

T. V. : col normal, corps en antéverson, globuleux.

Hystérectomie totale. Pièce : néoplasme bourgeonnant du fond utérin.

Morte en 1930 de *métastase*.

---

Observation n° 24. — Néoplasme du corps utérin. Radium. Nouvelles hémorragies. Hystérectomie 1925. Récidive vaginale en 1933.

M<sup>me</sup> S., 60 ans, 1925.

Ménopause à 50 ans. Perd depuis 2 ans à peu près constamment, de façon variable, quelquefois peu, quelquefois beaucoup. **un chirurgien place du radium**. Recommence à perdre.

T. V. : malade obèse. Col normal, corps paraît normal.

Hystérectomie difficile. Néoplasme du corps occupant le fond de l'utérus.

En 1933, réapparition des hémorragies. Le fond du vagin

est occupé par des bourgeons saignants qui, au spéculum, sont reconnus sortant de l'orifice du col.

*Biopsie* : épithélioma cylindrique. Radium.

Revue en 1934. Ne perd plus. Le fond du vagin est souple et normal.

---

Observation n° 25. — Néoplasme du corps. Premier curettage ne ramène pas de débris. Deuxième curettage : épithélioma cylindrique.

M<sup>me</sup> C., 63 ans, 1925.

Ménopause à 53 ans. Vient pour des métrorragies existants depuis 2 ans. Une hémorragie il y a 2 ans. Depuis a perdu 3 ou 4 fois de façon très légère. Il y a un mois perd pendant 10 jours. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus non senti (malade obèse).

*Curettage explorateur* ne ramène rien. Pas d'examen histologique.

En 1929 revient à l'examen. N'est pas revenue dans l'intervalle. Pertes rouges très intermittentes. *Un an sans hémorragie.*

*Curettage* : épithélioma cylindrique.

Hystérectomie vaginale. Pièce : néoplasme peu avancé.

En 1934. Bonne santé, pas de récive.

---

Observation n° 26. — Cancer total du corps utérin. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> S., 58 ans, 1924.

Ménopause à 52 ans. Depuis un an pertes blanches. Depuis 2 mois pertes rouges continues.

T. V. : gros col lisse, entr'ouvert ; gros utérus mobile.

Hystérectomie totale difficile. Pièce : néoplasme total du corps.

Examen histologique : épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 27. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie vaginale.

M<sup>me</sup> V., 65 ans, 1932.

Ménopause à 53 ans. Pertes rouges, rosées ou purulentes depuis un an et demi. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, petit polype muqueux, corps utérin normal un peu gros. Hystérométrie fait saigner abondamment.

Hystérectomie vaginale. Pièce : néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Revue en 1934. Pas de récurrence.

---

Observation n° 28. — Néoplasme du corps utérin. Néoplasme de l'ovaire et fibrome. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> B. V., 62 ans, 1922.

Ménopause à 52 ans. Perd à cette époque pendant 2 ans. En janvier 1921 perd un peu en rouge. *Rien pendant un an* En janvier 1922, nouvelles pertes. Pas de pertes blanches Quelques douleurs du côté droit.

T. V. : col normal, très gros utérus.

Hystérectomie : néoplasme végétant de l'ovaire droit. Hystérectomie sub-totale totalisée. Pièce : néoplasme du corps, fibrome, cancer de l'ovaire.

Histologie : épithélioma cylindrique du corps utérin, épithélioma cylindrique de l'ovaire.

Récurrence.

---

Observation n° 29. — Cancer du corps. Épithélioma pavimenteux. Tumeur végétante de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> J., 56 ans, 1923.

Ménopause à 53 ans. Perd depuis 8 mois. Pertes rouges irrégulières assez abondantes. De plus pertes fétides.

T. V. : col sain, utérus un peu gros.

*Curettage* ramène débris néoplasiques.

Histologie : épithélioma pavimenteux.

Hystérectomie : tumeur végétante de l'ovaire, néoplasme du fond utérin.

Revue en 1933, 10 ans après, pas de récurrence.

Observation n° 30. — Cancer total de l'utérus. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> B., 66 ans, 1926.

Ménopause à 50 ans. Perd à peu près continuellement depuis 10 ans. Depuis un an perd beaucoup. Depuis un an également violentes coliques utérines.

T. V. : col normal, utérus mal perçu (malade obèse).

Hystérectomie abdominale totale difficile. Pièce : petit néoplasme de l'angle droit et néoplasme du col.

Histologie : col, épithélioma cylindrique ; corps, épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 31. — Néoplasme total de l'utérus *avant la ménopause*. **Pas d'hémorragie.**

M<sup>me</sup> L., 45 ans, 1925.

Réglée normalement, sans douleurs (ablation d'un polype utérin dans les antécédents).

**pas de métrorragies**, mais pertes blanches abondantes un peu fétides. Quelques coliques suivies d'évacuation des pertes blanches.

T. V. : gros col souple, corps utérin normal. On pense à néoplasme intra-cervical.

Wertheim. Pièce : néoplasme total de l'utérus, col et corps.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Revue 7 ans après, la guérison se maintient.

---

Observation n° 32. — Cancer mixte du corps utérin. Radium.

M<sup>me</sup> R., 74 ans, 1931.

Pertes depuis six mois d'abord blanches puis rosées. Une grande hémorragie il y a 15 jours. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus difficilement perçu (malade obèse).

*Curettage* ramène débris envoyés à l'examen histologique.

Réponse : épithélioma mixte du corps utérin.

Étant donné l'âge (74 ans) application de *radium*.

Revue en 1934. *Pas de récurrence.*

Observation n° 33. — Néoplasme du corps utérin. Radium.

M<sup>me</sup> P., 73 ans, 1924.

Ménopause normale à 51 ans. Il y a 4 ans quelques gouttes de sang dans son linge. *Rien pendant 3 ans.* Depuis 6 mois, pertes rouges de temps en temps. Depuis un mois pertes rouges continues. Pas de douleurs.

T. V. : malade obèse, col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* : tumeur bourgeonnante du fond utérin.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Radium (73 ans). Récidive et mort en 1927.

---

Observation n° 34. — Néoplasme total du corps utérin.

Hystérectomie totale. Mort.

M<sup>me</sup> T., 63 ans, 1933.

Ménopause à 50 ans. Petites pertes sanglantes depuis 2 ans. Pas de douleurs. Il y a 15 jours, forte hémorragie avec caillots.

T. V. : col normal cependant entr'ouvert. On sent une masse irrégulière, bourgeonnante à travers l'orifice, utérus augmente de volume.

*Curettage* : fragments envoyés à l'histologie qui répond épithélioma cylindrique du corps.

Hystérectomie totale difficile. L'utérus se rompt au niveau du col. Pièce : néoplasme total du corps.

Histologie (2<sup>e</sup> examen) : épithélioma cylindrique.

Mort brusque au 2<sup>e</sup> jour après l'opération sans signes abdominaux.

---

Observation n° 35. — Néoplasme du corps utérin (cylindrique et pavimenteux). Hystérectomie totale. Mort par péritonite.

M<sup>me</sup> L., 59 ans, 1929.

Vient dans le service pour douleurs dans le bas ventre et métrorragies.

T. V. : col et corps utérin normaux.

*Curettage* ramène débris envoyés à l'examen histologique : épithélioma mixte.

Hystérectomie totale : néoplasme volumineux du corps.

Suite : mort au 4<sup>e</sup> jour de péritonite.

Observation n° 36. — Néoplasme du fond utérin. Hystérectomie. Mort.

M<sup>me</sup> B., 62 ans, 1926.

Ménopause à 50 ans. Perd pendant 2 ans. Pertes abondantes, régulières, tous les mois depuis un an, ressemblant à des règles. Dans l'intervalle pertes rousses. Disparaissent pendant 3 mois. Puis réapparition.

T. V. : col normal, volumineux utérus en rétroversion.

Hystérectomie totale. Pièce : néoplasme du fond utérin.

Biopsie : épithélioma glandulaire.

Mort au 10<sup>e</sup> jour de péritonite.

---

Observation n° 37. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie sub-totale. Mort.

M<sup>me</sup> C., 58 ans, 1921.

Ménopause à 50 ans. Il y a 2 ans, pertes durant un mois. *Rien pendant deux ans.* Depuis six semaines perd constamment en rouge ou en blanc. Quelques douleurs dans le bas ventre. Malade obèse.

T. V. : col normal, corps utérin non perçu.

*Curettage* : curette ramène des fongosités caractéristiques du néoplasme du corps.

Hystérectomie sub-totale très difficile. Pièce : néoplasme du corps utérin.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Mort subite au 8<sup>e</sup> jour.

---

Observation n° 38. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale. Mort.

M<sup>me</sup> L., 62 ans, 1925.

Ménopause il y a 10 ans. Depuis un an pertes rouges et blanches. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, corps utérin normal.

Hystérectomie totale. Pièce : néoplasme occupant toute la cavité utérine.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Suite : mort au 30<sup>e</sup> jour (fistule intestinale).

Observation n° 39. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale. Mort.

M<sup>me</sup> R., 50 ans, 1927.

*Pas de ménopause.* Pertes depuis six mois continues, au début surtout du sang. Actuellement surtout pertes rosées et fétides. Souffre du côté droit.

Hystérectomie totale. Pièce : néoplasme du corps.

Meurt de complications pulmonaires au 4<sup>e</sup> jour.

---

Observation n° 40. — Cancer mixte du corps utérin, forme mixte. Hystérectomie totale. Mort.

M<sup>me</sup> M., 69 ans, 1926.

Ménopause à 50 ans. Métrorragie depuis 5 mois. Hydrorrhée T. V. : col normal, utérus normal, malade obèse.

Hystérectomie très difficile. Pièce : néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma cylindrique et pavimenteux.

Mort brusque avec phénomène pulmonaire, alors que paraissait guérie.

---

Observation n° 41. — Épithélioma atypique total de l'utérus. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> C., 61 ans, 1927.

Ménopause à 54 ans. Hémorragie de sang pur. Hydrorrhée depuis un an.

T. V. : col effacé normal, bassin bloqué par une tumeur arrondie.

Diagnostic : néoplasme du corps.

Intervention très difficile. Hystérectomie totale. Pièce : néoplasme total du corps.

Histologie : épithélioma atypique du col et du corps.

Décédée en 1928.

---

### Observations du service du Professeur Bérard

Observation n° 42. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie totale. Décès.

M<sup>me</sup> B. C., 52 ans, 1933.

Ménopause à 49 ans. Pertes rouges continues. Douleurs intenses par accès dans les fosses iliaques.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage*. Histologie : cancer glandulaire du corps utérin.

Hystérectomie totale. Pièce : cancer total du corps.

Histologie : épithélioma glandulaire.

Complications pulmonaires. Décès.

---

Observation n° 43. — Néoplasme du corps utérin.

M<sup>me</sup> H., 60 ans,

Hémorragie depuis 3 mois continue. Pertes fétides.

T. V. : col normal, utérus volumineux peu mobile.

*Curettage* : épithélioma glandulaire.

Intervention : utérus volumineux fixé en arrière, adhérences multiples. Malade inopérable. Fermeture en 3 plans.

---

Observation n° 44. — Néoplasme du corps utérin.

M<sup>me</sup> X., 67 ans.

Pertes de sang rouge depuis un an, pertes purulentes fétides. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus volumineux.

*Curettage* : épithélioma cylindrique.

Pas d'opération.

---

Observation n° 45. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> L., 64 ans.

Début de l'affection il y a 4 mois. Pertes fétides, puis rouges. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, utérus normal, petit, mobile.

*Curettage* ramène des débris suspects, envoyés à l'histologie qui répond : épithélioma glandulaire.

Hystérectomie totale. Pièce : cancer du fond utérin.

Histologie : néoplasme glandulaire.

Observation n° 46. — Néoplasme du corps. Non opéré.

M<sup>me</sup> B., 69 ans.

Vient pour des métrorragies. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* ramène nombreux fragments. L'examen histologique répond : épithélioma adénoïde.

Refuse intervention.

---

Observation n° 47. — Néoplasme du corps. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> S., 58 ans.

Ménopause à 50 ans. Depuis 5 ans pertes rouges. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, gros utérus mobile.

*Curettage* ramène nombreux débris. Histologie répond : sarcome utérin.

Hystérectomie totale.

Décès un mois après.

---

Observation n° 48. Cancer du corps utérin. Récidive vaginale.

M<sup>me</sup> A., 59 ans, 1929.

Ménopause à 48 ans. Depuis 3 mois pertes rouges continues, peu abondantes. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, gros utérus.

Hystérectomie totale. Pièce : épithélioma du corps utérin.

Histologie : épithélioma cylindrique.

En 1931, au niveau paroi antérieure du vagin, petit bourgeon de récidence. Radium.

Revient en 1932, pour de nouvelles pertes. Petite nodosité végétante, saignante, à gauche de l'orifice urétral. Électrocoagulation.

---

Observation n° 49. — Cancer du corps utérin *avant la ménopause*. Hystérectomie. Métastase osseuse.

M<sup>me</sup> C., 39 ans.

Hémorragie. Pertes fétides.

Hystérectomie. Pièce : néoplasme du corps.

A 45 ans, métastase osseuse fémur gauche.

Observation n° 50. — Cancer total du corps utérin. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> C., 68 ans.

Vient pour pertes blanches, fétides, douleurs. Pertes rouges continues.

T. V. : col normal.

Hystérectomie. Pièce : cancer total du corps utérin.

Épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 51. — Néoplasme du corps utérin et tumeur de l'ovaire. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> L., 68 ans, 1930.

Ménopause à 50 ans. Léger Basedow. A 67 ans, petites pertes rouges et jaunâtres. Deux importantes hémorragies. Quelques douleurs.

T. V. : col normal, utérus petit.

*Curettage*. on recueille quelques fragments pour examen histologique qui répond : épithélioma glandulaire.

Hystérectomie : tumeur de l'ovaire et cancer du corps.

---

Observation 52. — Néoplasme du corps *avant la ménopause*.

Refuse intervention.

M<sup>me</sup> S., 40 ans.

Vient pour métrorragies abondantes.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage* : les débris ramenés sont examinés au microscope : épithélioma glandulaire.

Refuse intervention.

---

Observation n° 53. — Néoplasme du corps utérin *avant la ménopause*. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> G., 48 ans.

*Pas de ménopause*. Depuis 15 jours, pertes rouges continues.

Coliques utérines. Aurait perdu un fragment charnu.

T. V. : col normal, fermé, utérus volumineux.

Hystérectomie : néoplasme du corps.

Histologie : épithélioma glandulaire.

Observation n° 54. — Néoplasme du corps utérin. Refuse l'intervention (75 ans).

M<sup>me</sup> C., 75 ans.

Ménopause normale. Un goût. Depuis 4 mois, pertes rouges et pertes fétides continues. Pas de douleurs. Température : 38°, 39°.

T. V. : utérus normal, col normal.

*Curettage* : les fragments retirés sont envoyés à l'histologie. Réponse : épithélioma glandulaire.

En raison de température, dilatation utérine. La température disparaît. Lavage intra-utérin. Refuse intervention (75 ans).

---

Observation n° 55. — Cancer pavimenteux du corps utérin, *avant la ménopause*. Hystérectomie. Mort.

M<sup>me</sup> R., 45 ans.

Perd depuis 2 ans. Quelques douleurs depuis 3 mois.

T. V. : polype du col, volumineux utérus, annexes non perçues.

*Curettage* : évacuation de sang noir. Débris envoyés à l'histologie. Pose de Radium.

Réponse de l'histologie : épithélioma pavimenteux.

Hystérectomie totale rapide : gros utérus, double pyosalpinx Mickulicz. Pièce : néoplasme du corps.

Mort : péritonite.

---

Observation n° 56. — Cancer atypique de l'utérus. Hystérectomie vaginale.

M<sup>me</sup> C., 55 ans.

Ménopause à 50 ans. Métrorragies depuis 52 ans. Ablation d'un polype à cet âge. Continuation des hémorragies, pertes fétides.

*Curettage* : débris examinés montrent qu'il s'agit d'un épithélioma atypique du corps.

Hystérectomie vaginale. Pièce : néoplasme du corps utérin.

---

Observation n° 57. — Néoplasme du corps utérin *avant la ménopause*. Ulcération inflammatoire du col. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> R., 34 ans.

Hémorragie quotidiennes depuis 4 mois.

T. V. : col normal, utérus normal.

Biopsie du col utérin : métrite inflammatoire du *col utérin*.

Hystérectomie. Pièce : néoplasme du corps.

---

Observation n° 58. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie.

Mort.

M<sup>me</sup> P., 65 ans.

Vient pour hémorragies.

T. V. : col normal, gros utérus, dur.

Hystérectomie totale : Mickulicz. Pièce : néoplasme du corps. Hématométrie.

Morte d'embolie au 10<sup>e</sup> jour.

---

Observation n° 59. — Cancer utérin. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> G., 49 ans.

Épileptique. Disparition des règles à 39 ans. Depuis un an, pertes rouges. Douleurs abdominales et sciatique.

T. V. : col normal, utérus en rétroversion.

*Curettage* ramène des débris venant de la corne utérine droite.

Histologie : cancer cylindrique.

Hystérectomie totale. Pièce : cancer de la corne droite.

Revue 2 ans après en bonne santé.

---

Observation n° 60. — Cancer du corps de l'utérus *avant la ménopause*. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> M., 46 ans.

Réglée normalement. Une hémorragie il y a un mois et demi. Depuis suintement quotidien.

T. V. : gros col, corps utérin volumineux.

*Curettage* : débris au niveau de corne gauche.

Histologie : épithélioma glandulaire du corps.

Hystérectomie totale : cancer de la corne gauche.

Observation n° 61. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie totale. *Pas de ménopause.*

M<sup>me</sup> B., 51 ans.

*Pas de ménopause.* Perd depuis 3 ans, pertes rouges accompagnées de douleurs.

T. V. : col et corps normal.

Hystérectomie. Pièce : cancer du corps, épithélioma cylindrique.

---

Observation n° 62. — Cancer du corps. Pas d'opération.

M<sup>me</sup> H., 59 ans.

Hémorragie et pertes fétides depuis 3 mois. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, petit utérus.

*Curetage* : on prélève un fragment du corps utérin. L'histologie répond : épithélioma cylindrique.

Refuse intervention.

---

Observation n° 63. — Néoplasme du corps utérin. Hystérectomie. Mort.

M<sup>me</sup> C., 71 ans.

Vient pour pertes rouges, pertes fétides. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, gros utérus mobile.

Hystérectomie totale. Pièce : cancer du corps.

Mort au 5<sup>e</sup> jour de péritonite.

---

Observation n° 64. — Néoplasme du corps utérin. **Pas de Métrorragie.** Hystérectomie. Mort.

M<sup>me</sup> F., 68 ans.

Ménopause normale. *Jamais de pertes ni rouges ni blanches.* Mais accidents abdominaux, catalogués : coliques hépatiques, en réalité, occlusion.

T. V. : col normal, utérus volumineux, peu mobile.

Hystérectomie totale. Ascite sanglante. Résection de 15 cent. de grêle adhérent à la tumeur. Pièce : cancer végétant du corps utérin.

Mort au 4<sup>e</sup> jour.

Observation n° 65. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie.  
Décès.

M<sup>me</sup> V., 52 ans.

Pertes rouges depuis huit ans. Pertes fétides et douleurs.

*Curettage* : épithélioma cylindrique.

Hystérectomie : cancer utérin, deux grosses trompes adhérentes, l'une au cœcum, l'autre à l'S iliaque. Hystérectomie totale difficile.

Décès.

---

Observation n° 66. — Néoplasme du sein opéré en 1917.

Cancer du corps en 1925. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> M., 64 ans.

Vient pour des pertes rouges et des douleurs.

T. V. : col normal, utérus gros, douloureux.

*Curettage* : épithélioma glandulaire du corps.

Hystérectomie. Pièce : cancer du corps.

---

Observation n° 67. — Cancer du corps utérin. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> S., 62 ans.

Pertes depuis 6 ans. Douleurs récentes.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* : épithélioma glandulaire.

Hystérectomie. Pièce : cancer du corps.

---

Observation n° 68. — Myome malin de l'utérus. Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> R. G., 53 ans, 1927.

Ménopause à 47 ans. À 48 ans, réapparition des règles jusqu'à 51 ans. Elles disparaissent à nouveau. En juillet 1926, pertes blanches et rosées. Enfin pertes rouges continues. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus en rétroversion.

*Curettage* : la curette ramène des fragments soumis à l'histologie. Réponse : myome malin atypique.

Hystérectomie : utérus difficile à dégager d'adhérences.  
Hystérectomie totale. Deux transfusions.

En 1928 donne de ses nouvelles. Bonne santé.

---

Observation n° 69. — Cancer du corps utérin.

M<sup>me</sup> R., 75 ans, 1930.

Entrée pour des pertes rougeâtres ayant débuté il y a 4 mois. Quelques pertes blanches très fétides. Pas de douleurs.

T. V. : col entr'ouvert, gros utérus mobile.

*Curettage* : gros pyomètre. Examen histologique : épithélioma cylindrique du corps.

Pas d'intervention.

---

Observation n° 70. — Cancer du corps utérin.

M<sup>me</sup> G., 55 ans. 1927.

Malade aveugle. Douleurs *depuis 5 ans* dans l'hypocondre gauche. En 1926, apparition de pertes rosées accompagnées de pesanteur dans le bas ventre. Depuis un mois pertes rouges continuelles.

T. V. : col dur, mobile, utérus normal.

*Curettage* : la dilatation amène évacuation de pus. Prélèvement de fragments. Histologie : épithélioma atypique.

On fait une application de radium.

---

Observation n° 71. — Cancer du corps utérin.

M<sup>me</sup> G., 61 ans, 1927.

Ménopause à 40 ans. Depuis 1926, pertes rouges continuelles. Douleurs à type sciatique.

T. V. : col normal. On ne sent pas le fond utérin, mais dans le Douglas, grosse masse dure, douloureuse, bloquée, régulière.

Toucher rectal. Pas de tumeur rectale.

Hystérectomie : gros utérus, néoplasme végétant du corps.  
Histologie : épithélioma cylindrique.

Observation n° 72. — Cancer pavimenteux du corps. *Curettage* induisant en erreur, répondant métrite. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> J., 57 ans.

Perd depuis 5 ans.

T. V. : col normal, utérus normal.

*Curettage* ramène quelques débris friables. L'histologie répond : *métrite*. Hémorragie persiste.

Hystérectomie vaginale. Pièce : cancer du corps.

Histologie : néoplasme pavimenteux du corps.

---

## II. Observations de lésions bénignes de l'utérus

---

A. Malades opérées avec le diagnostiques de cancer du corps utérin, qui ne présentaient que des lésions bénignes de l'utérus (ou des annexes).

Observation n° I. — Hystérectomie. Métrite.

M<sup>me</sup> S., 48 ans.

Pertes rouges entre les règles. Colique utérine.

Toucher vaginal : col normal. On ne sent pas le fond utérin.

Hystérectomie. Pièce : pas de cancer.

Histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° II. — Hystérectomie. Deux curettages négatifs. Utérus fibromateux. Métrite inflammatoire.

M<sup>me</sup> F., 52 ans.

*Ménopause*. Hémorragies indolores, continues, peu abondantes, intervalles sans pertes.

T. V. : col entr'ouvert, gros utérus en rétroversion.

*Curettage* : réponse de l'histologie : pas de cancer, tissus fibreux, métrite.

Nouvelles hémorragies.

*Nouveau curettage*. Réponse : pas de lésions cancéreuse.

Nouveau toucher : gros utérus saignant. *Diagnostic cancer du corps*.

Hystérectomie. Pièce : gros utérus scléreux.

Histologie : utérus fibromateux. Processus important de *métrite inflammatoire*.

---

Observation n° III. — Hystérectomie vaginale. Métrite, *après la ménopause*.

M<sup>me</sup> C., 58 ans.

Métrorragie depuis 4 mois.

T. V. : col normal, gros utérus. Diagnostic : néoplasme du corps.

Hystérectomie vaginale.

Pièce et histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° IV. — Hystérectomie totale. Métrite. Ovaire gauche kystique.

M<sup>me</sup> X., 44 ans.

Vient pour menorrhagies et métrorragies (3 dans le mois). Douleurs utérines, amaigrissement.

T. V. : col normal, utérus gros et dur, annexes perceptibles. Diagnostic : cancer utérin.

Intervention : ovaire gauche kystique, gros utérus.

Pièce et histologie : utérus à parois épaisses, lésions de métrite hyperplasique.

---

Observation n° V. — Hystérectomie totale. Kyste de l'ovaire. Métrite totale purulente.

M<sup>me</sup> P., 62 ans.

*Ménopause depuis 9 ans*. Métrorragie, pertes jaunes et fétides. Douleurs dans les reins. Diagnostic : cancer du corps.

Hystérectomie : kyste de l'ovaire. Métrite purulente totale.

Observation n° VI. — Hystérectomie totale. Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> K., 40 ans.

Vient pour des pertes abondantes, des douleurs abdominales et pelviennes.

T. V. : col dur, gros utérus mobile.

Hystérectomie. Pièce et histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation VII. — Hystérectomie vaginale. Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> L., 51 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Depuis 4 mois, pertes rouges, peu abondantes, quotidiennes. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, gros utérus mobile.

*Curettage* : débris suspects. *Pas d'examen histologique.*

Immédiatement après : Hystérectomie vaginale.

Histologie : pas de cancer, métrite.

---

Observation n° VIII. — Hystérectomie. Métrite, *après la ménopause.*

M<sup>me</sup> A., 67 ans.

Vient pour métrorragies que ne calment ni le repos ni le traitement. Douleurs expulsives.

T. V. : col normal, volumineux utérus.

Hystérectomie totale. Pièce : pas de cancer.

Histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° IX. — Hystérectomie sub-totale. Diagnostic : cancer du corps. Utérus fibromateux. Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> X., 48 ans.

*Ménopause depuis un an.* Pertes rouges abondantes. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, utérus du volume d'un poing, basculé en arrière. Diagnostic : cancer du corps.

Hystérectomie sub-totale. Pièce : utérus normal.

Histologie : aspect fibromateux, métrite hyperplasique.

Observation n° X. — Diagnostic : cancer du corps utérin.

Hystérectomie : kyste de l'ovaire.

M<sup>me</sup> C., 47 ans.

Depuis 2 mois, hémorragies continues, amaigrissement, asthénie.

T. V. : col normal, utérus un peu gros. Pas de lésions annexielles.

Hystérectomie : kyste de l'ovaire, utérus normal.

---

Observation n° XI. — Hystérectomie vaginale. Métrite hyperplasique, *après ménopause artificielle*.

M<sup>me</sup> D., 38 ans.

Application de radium à 34 ans pour métrite hémorragique. Les pertes rouges sont réapparues entre les règles, quotidiennes, fétides, indolentes.

T. V. : col normal, petit utérus mobile.

Hystérectomie vaginale. Pas de cancer utérin.

Histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° XII. — Polype intra-utérin, Hystérectomie.

M<sup>me</sup> B., 51 ans.

*Ménopause*. Métrorragies continues que rien ne calme. Douleurs abdominales. État général touché.

T. V. : utérus volumineux mobile.

Hystérectomie abdominale totale. Pièce : polype muqueux intra-cavitaire.

Histologie : polype. Pas de lésions cancéreuses.

---

Observation n° XIII. — Kyste de l'ovaire.

M<sup>me</sup> B., 49 ans.

*Ménopause depuis 47 ans*. Métrorragies peu abondantes, mais continues.

T. V. : col normal, gros utérus remontant un peu au-dessus de l'ombilic.

Intervention : kyste de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Pas de cancer.

Observation n° XIV. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> B., 51 ans.

Hémorragies continues depuis la ménopause. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col entr'ouvert, gros utérus.

Hystérectomie. Pièce : gros utérus à parois épaisses, fongosités de métrite.

Histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° XV. — Tuberculose utérine.

M<sup>me</sup> C., 42 ans.

Métrorragie datant de 18 mois.

Accident pulmonaire aigu il y a 2 ans. Apparition de métrorragie, quelque temps après. Pertes continues indolores, non calmées par le repos ni par le traitement.

Examen : malade ballonnée. T. V. : col normal, utérus en bonne position, de volume normal, annexes non perçues, cul-de-sac un peu empâté. Diagnostic imprécis.

Intervention : semis de granulation péritonéal. Exploration des organes génitaux. Un peu de pelvi-péritonite séreuse avec quelques laches adhérences.

Hystérectomie totale : castration gauche, conservation de l'ovaire droit.

Pièce : à l'union de l'isthme et du corps, zone fongueuse ulcérée superficielle.

Histologie : *tuberculose utérine*.

---

Observation n° XVI. — Métrite polypeuse. Hystérectomie. Curettage.

M<sup>me</sup> P., 55 ans.

*Ménopause passée.* Vient pour des petites pertes rosées, pertes rouges et blanches continues. Souffre du ventre et dans le membre inférieur gauche.

T. V. : gros utérus mobile, col normal.

*Curettage* ramène des débris semblables à ceux du cancer.  
*Pas d'histologie.*

*Hystérectomie totale* difficile. Pièce : gros utérus, polype et métrite hyperplasique.

*Histologie* : métrite hyperplasique.

---

Observation n° XVII. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> V., 57 ans.

*Ménopause depuis plusieurs années.* Perd depuis 2 ans, très peu, de temps en temps quelques gouttes de sang. Ne souffre pas.

T. V. : col normal, utérus normal.

*Curettage explorateur.* Pas de débris anormaux. *On ne fait pas d'examen histologique.*

*Hystérectomie totale.* Pièce : pas de cancer.

---

Observation n° XVIII. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> C., 58 ans.

*Ménopause il y a 6 ans,* Perd en rosé depuis 2 mois. Ne souffre pas.

Toucher ne montre rien d'anormal.

*Curettage sans examen histologique : pas de débris.*

*Hystérectomie* : métrite hyperplasique.

---

Observation XIX. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> C., 51 ans.

*Ménopause il y a 3 ans.* A perdu un mois à cette période. Actuellement hémorragie et pertes blanches continues.

T. V. : difficile, cependant on ne sent rien d'anormal.

*Curettage* : hémorragie pendant le curettage. On ne sent rien d'anormal. *Pas d'examen histologique.* Poussée salpingienne après le curettage (glace sur le ventre).

*Hystérectomie* 15 jours après. Pièce : métrite hyperplasique.

*Histologie* : métrite hyperplasique.

Observation n° XX. — Métrite. Hystérectomie vaginale.

M<sup>me</sup> J. 65 ans.

*Ménopause à 40 ans.* Se plaint de douleurs dans le bas ventre et les reins. Pertes blanches et roussâtres.

T. V. : col et corps utérin normaux.

*Curettage* ne rencontre rien d'anormal. Pas d'examen histologique.

*Hystérectomie* : pas de cancer.

Histologie : utérus scléreux présentant des lésions surtout nettes au niveau des artères endo et périvascularite. Pas de cancer.

---

Observation n° XXI. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> B., 65 ans

*Ménopause à 43 ans.* Pertes rouges et blanches depuis 4 mois. Depuis 2 mois pertes rosées quotidiennes. Les hémorragies deviennent plus rares. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : gros utérus mobile.

*Curettage* ramène des débris fongueux. *Pas d'examen histologique.*

*Hystérectomie* : pas de cancer.

Histologie : utérus sénile. Métrite hyperplasique.

---

Observation n° XXII. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> P., 64 ans.

*Ménopause à 46 ans.* Il y a 2 mois pertes ressemblant à de l'eau teintée en rose. Douleurs dans le bas ventre. Puis pertes quotidiennes peu abondantes.

T. V. : petit col, utérus en rétroversion. La malade sort du service, revient 15 jours après avec des pertes rouges.

*Pas de curettage.*

*Hystérectomie.* Pièce : petit utérus, pas de cancer.

Histologie : métrite hyperplasique.

Observation n° XXIII. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> V., 47 ans.

Arrêt des règles de 3 mois. Puis pertes rouges quotidiennes. Il y a un mois les pertes deviennent rousses. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : utérus un peu gros. Petite masse dans le cul-de-sac droit.

*Curettage* : débris fongueux. *Pas d'examen histologique.*

*Hystérectomie.* Pièce : pas de cancer.

Histologie : métrite hyperplasique.

---

Observation n° XXIV. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie vaginale. *Mort par occlusion.*

M<sup>me</sup> D., 55 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Depuis deux ans, pertes jaunâtres, quelquefois sanglantes. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus un peu gros en rétroversion. *Pas de curettage.*

*Hystérectomie* vaginale difficile. Pièce : petit utérus normal.

Examen histologique : *Pas de cancer. Occlusion post opératoire.* Réintervention. Extériorisation d'une anse. On place un Mickulicz dans le fond du petit bassin.

Mort au dixième jour.

---

Observation n° XXV. — Métrite hémorragique *après ménopause.* Hystérectomie.

M<sup>me</sup> L. G., 66 ans.

Pertes rouges depuis un an.

T. V. : rien d'anormal.

*Curettage* : pas de débris. *On ne fait pas de biopsie.*

Hystérectomie totale. Pièce : pas de cancer.

---

Observation n° XXVI. — Métrite hyperplasique. Hystérectomie.

M<sup>me</sup> D., 54 ans.

*Ménopause à 47 ans.* Pertes rouges depuis 4 mois, ni pertes blanches ni pertes rosées. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, corps non perçu (adiposité).

*Curettage* : ramène quelques fongosités.

*Examen histologique* : *métrite hyperplasique.*

Malgré cela, hystérectomie vaginale. Pièce : petit fibrome sous-péritonéal au niveau d'une corne : *métrite hyperplasique.*

Histologie : *métrite hyperplasique. Pas de cancer.*

---

Observation n° XXVII. — Polype fibreux intra cavitare.

Hystérectomie totale.

M<sup>me</sup> M., 64 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Perd en rouge depuis 8 mois, pertes peu abondantes, mais constantes. Souffre depuis 8 jours des reins et du bas ventre.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage* ne ramène rien

Hystérectomie : polype fibreux intra-cavitare, petits fibromes sous-péritonéaux.

Histologie : adénomyome kystique pédiculé.

---

Observation n° XXVIII. — Métrite. Hystérectomie. *Mort.*

M<sup>me</sup> C., 57 ans.

*Ménopause à 54 ans.* Depuis un an et demi, pertes constantes en rosé, avec de temps en temps sang pur.

T. V. : col normal, gros utérus régulier.

Hystérectomie totale : pas de néoplasme.

Histologie : utérus fibromateux, métrite hyperplasique.

Décès par péritonite de cause inconnue.

---

## **B. Malades atteintes de lésions bénignes de l'utérus et non opérées.**

Observation n° XXIX. — *Polype fibreux. Mort. Autopsie, pas de cancer.*

M<sup>me</sup> B., 53 ans.

*Ménopause il y a 3 ans.* Métrorragies discontinues, pertes rousses fétides. Douleurs dans le bas ventre. Les derniers temps hémorragie importante. Arrive dans le service très anémiée, dans un état très grave.

T. V. : col entr'ouvert. On perçoit un polype.

*Intervention* : dilatation, ablation d'un polype fibreux intra-cavitaire.

*Histologie* : pas de cancer, polype fibreux.

Syncope. Transfusion mal supportée (frisson...). Mort.

Autopsie : pas de cancer utérin.

---

Observation n° XXX. — Métrite hyperplasique *après ménopause.*

M<sup>me</sup> G., 75 ans.

Brusque hémorragie, puis pertes rouges s'installent, continues depuis 15 jours.

T. V. : négatif.

*Curettage* : lésions de métrite.

N'a pas été revue.

---

Observation n° XXXI. — Polype muqueux *après ménopause.* Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> D., 63 ans.

Malade *minus habens*. Présente depuis quelque temps des hémorragies. Se plaint de douleurs vagues.

*Curettage* : polype muqueux. Ablation.

*Histologie* : polype intra-utérin. Muqueuse hyperplasiée.

---

Observation n° XXXII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> E., 47 ans.

*Ménopause à 46 ans.* Vient pour des métrorragies d'abord irrégulières, puis continues depuis un mois légères douleurs. Pertes légèrement fétides.

T. V. : col normal, gros utérus mobile. Diagnostic : cancer du corps ou métrite hyperplasique.

*Curettage* : débris envoyés à l'histologie qui répond : pseudo-métrite hyperplasique glandulaire.

*Revue* en septembre 1934. Bonne santé. Plus de pertes.

Observation n° XXXIII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> C., 45 ans.

Prolapsus rectal. Métrorragies abondantes, continues. Sans douleurs.

T. V. : polype du col.

*Curettage* : ablation de polype. Curettage intra-utérin : débris envoyés à l'histologie qui répond : métrite hyperplasique.

*Revue* en 1933, 3 ans après. Plus de pertes. Bonne santé.

---

Observation n° XXXIV. — Muqueuse utérine normale.

Hémorragies utérines au moment de la ménopause.

M<sup>me</sup> R., 51 ans.

Vient pour des métrorragies abondantes, continues.

T. V. : col normal, gros utérus mobile.

*Curettage* : on envoie au laboratoire des fragments de muqueuse, l'histologie répond : muqueuse normale. Radium.

*Revue* en septembre 1934. Ne perd plus. Bonne santé (4 ans après).

---

Observation n° XXXV. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> G., 46 ans, 1926.

Vient pour pertes rouges abondantes. En 1925, arrêt des règles, puis pertes réapparaissent continues. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : gros col, utérus normal.

*Curettage* : débris envoyés à l'histologie : métrite hyperplasique.

Radium.

---

Observation n° XXXVI. — Métrite hyperplasique *après ménopause*.

M<sup>me</sup> D., 81 ans.

Vient pour des métrorragies et des pertes blanches. Quelques douleurs.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage* : laboratoire répond : métrite hyperplasique.

N'a pas été revue.

Observation n° XXXVII. — Métrite sans vérification histologique. Mais revue 15 après.

M<sup>me</sup> J., 50 ans.

Pas de ménopause. Métrorragies continuelles. Douleurs dans le bas ventre.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* : aspect de métrite. Pas d'examen histologique.

Radium.

*En bonne santé* quinze ans après.

---

Observation n° XXXVIII. — Métrite hyperplasique *après ménopause*

M<sup>me</sup> G., 54 ans.

Vient pour pertes rouges continues, pertes fétides après la ménopause.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage* : métrite hyperplasique.

Radium.

*Revue en septembre* 1934, onze ans après. Plus de pertes. Bonne santé.

---

Observation n° XXXIX. — Métrite hyperplasique (de la ménopause).

M<sup>me</sup> F., 46 ans.

Règles irrégulières, puis hémorragies abondantes accompagnées de douleurs. Les hémorragies s'arrêtent puis reprennent sans douleurs, continues. *Non influençables par le repos.*

T. V. : col normal, utérus normal.

*Curettage* : métrite hyperplasique.

*Revue* onze ans après en bonne santé n'a plus reperdu.

---

Observation n° XL. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> M., 50 ans.

*Ménopause passée.* Vient pour métrorragies, pertes blanches.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.  
*Curettage* : métrite hyperplasique.  
Radium.  
*Revue* 13 ans après. Bonne santé. Ne perd plus.

---

Observation n° XLI. — Métrite hyperplasique.  
M<sup>me</sup> G., 49 ans.  
Vient pour des métrorragies, des pertes blanches et des douleurs.  
T. V. : col normal, gros utérus.  
*Curettage* : répond métrite hyperplasique.  
N'a pu être retrouvée.

---

Observation n° XLII. — Métrite hyperplasique, *après ménopause*.  
M<sup>me</sup> L., 50 ans.  
Histoire typique de néoplasme. Hémorragies continues, douleurs, pertes fétides.  
*Curettage* : métrite hyperplasique.  
*Revue en* 1934. Bonne santé. Ne perd plus.

---

Observation n° XLIII. — Polype fibreux *après ménopause*.  
M<sup>me</sup> D., 59 ans.  
Métrorragies. Douleurs dans les reins et le bas ventre. Pertes fétides.  
T. V. : col entr'ouvert, utérus un peu gros.  
*Curettage* : polype fibreux du corps utérin, ablation.  
Histologie : polype fibreux.

---

Observation n° XLIV.— Métrite vraie inflammatoire *après ménopause*.  
M<sup>me</sup> B., 78 ans.  
Ablation d'un polype il y a 2 ans. Les hémorragies recommencent, accompagnées de pertes fétides et de douleurs expulsives, suivies de pertes.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* : cavité pleine de débris saignants, ressemblant au cancer. L'histologie répond : métrite inflammatoire. Pas de cancer.

*Dix jours après nouveau curettage*. Même réponse, pas de cancer.

N'a pu être revue.

---

Observation n° XLV. — Polype muqueux à la ménopause.

M<sup>me</sup> P., 50 ans.

Métrorragies abondantes. Douleurs dans le bas ventre. Pertes blanches.

T. V. : col normal, utérus un peu augmenté de volume.

*Curettage* : polype muqueux. Biopsie.

*Histologie* : polype, pas de trace de néoplasme. Hyperplasie glandulaire. N'a pu être revue.

---

Observation n° XLVII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> L., 45 ans.

Vient pour des hémorragies et des pertes rosées. Pas de douleurs.

T. V. : col normal, utérus un peu gros.

*Curettage* : débris envoyés à l'histologie qui répond : métrite hyperplasique.

---

Observation n° XLVII. — Métrite vraie inflammatoire.

M<sup>me</sup> G., 50 ans.

Pertes rouges *après la ménopause*. Pertes fétides rosées.

T. V. : gros utérus mobile.

*Curettage* : débris sphacelés du fond utérin.

*Histologie* : métrite inflammatoire.

*Revue en bonne santé*.

---

Observation n° XLVIII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> C., 52 ans.

Vient pour des pertes après la ménopause. Pertes rouges et blanches sans douleurs.

T. V. : col normal, utérus volumineux.

*Curettage* : débris envoyés au laboratoire qui répond :  
métrite.

N'a pu être revue.

---

Observation n° XLIX. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> P. S., 49 ans.

Métrorragies. Douleurs.

*Curettage* : métrite hyperplasique à l'histologie.

---

Observation n° L. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> F., 48 ans.

Métrorragies abondantes.

*Curettage*. Histologie : métrite hyperplasique.

Radium.

---

Observation n° LI. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> F., 45 ans.

Hémorragies, douleurs, pertes fétides.

*Curettage* : hyperplasie de la muqueuse.

---

Observation n° LII. — Polype muqueux.

M<sup>me</sup> B., 45 ans.

Métrorragies abondantes. Douleurs.

*Curettage*. Histologie répond : pas de cancer, polype muqueux. Ablation du polype.

---

Observation n° LIII. — Polype muqueux.

M<sup>me</sup> G., 47 ans.

Hémorragies. Douleurs.

*Curettage* : polype. Ablation. Histologie : pas de cancer, polype muqueux.

Observation n° LIV. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> J., 48 ans.

Pertes rouges depuis 2 ans. Règles deviennent irrégulières. Puis il y a 6 mois, pertes rouges continues accompagnées de pertes blanches et de douleurs.

T. V. : col normal, utérus en rétroversion.

*Curettage* : exploration intra-utérine négative.

Biopsie : pas de cancer, métrite hyperplasique.

---

Observation n° LV. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> G., 45 ans.

Hémorragies. Douleurs.

T. V. : gros utérus.

*Curettage*. Histologie répond : métrite hyperplasique.

---

Observation n° LVI. — Métrite hyperplasique, ancienne salpingite.

M<sup>me</sup> C., 48 ans.

Métrorragies abondantes. Douleurs.

T. V. : col normal, utérus un peu gros et douloureux. Annexes non perçues.

Intervention. Salpingite ancienne. Adhérences multiples, utérus normal. On ferme en trois plans.

*Curettage* : cavité utérine normale. Métrite hyperplasique.

Radium.

---

Observation n° LVII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> B., 51 ans.

*Ménopause à 49 ans*. Métrorragies continues depuis 6 mois. Douleurs vagues dans le bas ventre.

T. V. : négatif, utérus un peu gros.

*Curettage* : métrite hyperplasique.

*Revue* septembre 1934. Va bien, ne perd plus.

---

Observation n° LVIII. — Polype muqueux. Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> R., 50 ans.

*Ménopause passée.* Pertes rousses et fétides. Hémorragies discontinues. Pas de douleurs.

T. V. : gros col entr'ouvert.

*Dilatation* : polype, ablation et biopsie.

Examen histologique : polype muqueux, métrite hyperplasique.

---

Observation n° LIX. — Hyperplasie utérine.

M<sup>me</sup> L., 50 ans.

*Ménopause depuis un an et demi.* Petites pertes rouges, durant quelques jours. Pertes rosées intermittentes. Douleurs dans la fosse iliaque.

T. V. : col normal, petit polype muqueux sur une des lèvres, utérus normal.

*Curettage* : pas de débris. Pas d'exmen histologique, mais revue huit ans après (octobre 1934) en bonne santé.

---

Observation n° LX. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> F., 75 ans.

*Ménopause à 48 ans.* Pertes rosées depuis un an. Pertes rouges abondantes 8 jours avant de consulter.

T. V. : col normal, gros utérus.

*Curettage et histologie* : métrite hyperplasique.

---

Observation n° LXI. — Métrite inflammatoire.

M<sup>me</sup> B., 65 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Pertes rouges et blanches depuis un an et demi. Pas de douleurs.

T. V. : gros utérus en rétroversion.

*Curettage* : pyométrie, injection intra-utérine.

Pas d'examen histologique, mais revue 9 ans après en bonne santé.

---

Observation n° LXII. — Hémorragies utérines. Curettage.

Muqueuse normale.

M<sup>me</sup> P., 60 ans.

*Ménopause à 51 ans.* Pertes rosées depuis un an. Douleurs dans les reins et dans la fosse iliaque gauche.

Examen impossible, brides vaginales empêchant l'accès du col.

*Curettage* : quelques débris.

*Examen histologique* : muqueuse normale.

*Revue 4 ans après* en bonne santé. Ne perd plus.

---

Observation n° LXIII. — Métrite inflammatoire.

M<sup>me</sup> B., 65 ans.

*Ménopause à 45 ans.* Pertes blanches abondantes, débutant brusquement, jaunâtres, fétides assez abondantes.

T. V. : ne donne pas de renseignements.

*Curettage* : pyomètre. Drain intra-utérin. Lavages. Pas d'histologie.

*Revue 5 ans après* en bonne santé.

---

Observation n° LXIV. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> L., 52 ans.

13 enfants. *Ménopause à 51 ans.* Malade perd irrégulièrement. Pertes rouges et pertes blanches.

T. V. : utérus un peu gros.

Radium.

*Revue en 1934, 10 ans après, en bonne santé.*

---

Observation n° LXV. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> M., 62 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Hémorragies et pertes blanches depuis 3 ans. Pertes rosées dans l'intervalle.

T. V. : utérus normal.

*Curettage* : liquide séreux dans la cavité utérine. Pas de néoplasme.

---

Observation n° LXVI. — Métrite inflammatoire.

M<sup>me</sup> P., 64 ans.

*Ménopause à 50 ans.* Pertes blanches et rosées, fétides

depuis 2 ans. Hémorragie de sang rouge quelques jours avant de consulter. Température 38°.

T. V. : gros utérus, col normal.

Hypertension artérielle 23/12.

*Curettage*. Pyométrie : métrite inflammatoire.

---

Observation n° LXVII. — Métrite hyperplasique.

M<sup>me</sup> C., 42 ans.

Réglée irrégulièrement depuis un an. Pertes rouges continues depuis un mois.

T. V. : gros utérus.

*Curettage*. Histologie : métrite hyperplasique.

Radium.

*Revue 7 ans après* en bonne santé.

---

Observation n° LXVIII. — *Métrorragies après la ménopause.*

*Pas d'examen histologique*. *Curettage*. Mort 6 mois après.

M<sup>me</sup> D., 66 ans.

*Ménopause à 51 ans*. Légères pertes sanguines il y a 2 mois. Quelques pertes rousses depuis. Un peu de sang il y a un mois. Souffre des reins.

T. V. ne donne pas d'indication : col normal.

*Curettage* : nombreux débris de muqueuse ne ressemblant pas au néoplasme. *Pas d'examen histologique*.

Pose de radium.

*Six mois après*, décès avec douleurs abdominales vives. Tumeur volumineuse occupant le petit bassin.

---



## CONCLUSIONS

---

I. Nous avons voulu, dans cette étude, nous élever contre l'opinion, habituellement soutenue, que 90 pour cent des femmes, perdant sans raisons évidentes, après la ménopause, étaient atteintes de cancer du corps de l'utérus. Nous avons montré que ce chiffre devait être, en réalité, ramené à moins de 50 pour cent. D'autre part, il nous a semblé que le cancer du corps était relativement fréquent à l'époque de la ménopause.

II. Ayant étudié le diagnostic des métrorragies post-climatériques, il nous a paru qu'il était impossible, par la seule clinique, de différencier le néoplasme du corps des autres causes d'hémorragies, en particulier des métrites.

III. Estimant que 50 pour cent au maximum des femmes qui perdent après le retour d'âge sont indemnes de cancer, nous avons essayé de montrer les causes de ces hémorragies, mettant au premier plan l'hyperplasie glandulaire bénigne.

IV. Il nous paraît impossible, étant donné la fréquence des lésions bénignes de l'utérus chez les femmes âgées, d'admettre la règle qui veut que toute femme

qui perd après la ménopause, sans cause évidente, soit hystérectomisée sans complément d'informations.

V. Il nous a semblé que ces malades devaient, avant toutes décisions thérapeutiques, être soumises à un curettage explorateur suivi obligatoirement d'un examen histologique.

VI. Nous nous sommes attaché à réfuter les critiques qui avaient été faites à ce procédé de diagnostic ; montrant en particulier les dangers qu'il y avait à se passer de lui, par 78 observations de malades inutilement opérées.

VII. Nous avons enfin voulu montrer que la confiance que nous mettions dans le curettage suivi d'examen histologique et pratiqué de façon rationnelle, se justifiait par la quantité restreinte d'erreurs auquel il pouvait donner lieu.

*Vu :*

LE DOYEN,  
J. LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,  
L. BÉRARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 6 Novembre 1934,

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

A. LIRONDELLE.

## BIBLIOGRAPHIE

*Notre bibliographie, très réduite, ne comporte que les articles et les thèses concernant le sujet de notre étude, c'est-à-dire le diagnostic du cancer du corps et les métrites. Le lecteur trouvera une très complète bibliographie d'ensemble de la question du néoplasme du corps, dans la thèse d'A. Bisch et dans celles de Butaud et de Picard.*

ALBENQUE. — *Contribution à l'étude du diagnostic des métrorragies après la ménopause.* Thèse de Toulouse, 1933.

AHUMASHA. — Néoplasme de l'ovaire et métrorragie. *Bull. soc. obst. et gynéco.*, 1928.

ARNAL. — *L'utérus sénile.* Thèse de Paris, 1905.

ASRICAN. — Le cancer du corps. *Mediz. Wochensch.* Leipzig, 1928.

BABÈS et PALTINÉANU. — Étude sur la possibilité de guérison du carcinome de l'utérus à la suite d'un curetage explorateur. *La gynécologie*, 1926, p. 398.

BABÈS. — Étiologie de l'hypertrophie utérine. *Archiv. für gyn.* Berlin, mars 1934.

— La forme pseudo-néoplasique de la tuberculose du corps utérin. *La gynéco.*, 1926, p. 1.

BARDON et M. CORNAT. — Perforation utérine après curetage. *Bull. soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 1923, p. 161.

BÉCLÈRE. Cl. — Métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne et ménopausique. *Bull. soc. obst. et gyn.*, Paris, novembre 1933.

— *Presse médicale*, 1934.

— Congrès de l'Ass. d'obst. et de gyn. de langue française, 1933.

BÉRARD. — Cancer du corps utérin avec envahissement et perforation de l'S iliaque. *Bull. soc. chir. de Lyon*, 1910.

- BÉRARD. — Métrorragie sénile par métrite hypertrophique.  
*Bull. soc. chir. de Lyon*, 1923.
- BISCH. A. — *Etude anatomique, clinique, thérapeutique du cancer du corps utérin*. Thèse de Lyon, 1933.
- BURGER. — Hémorragie post ménopausique et curettage.  
*La gynécologie*, mars 1933, p. 129.
- BUTAUD. — *Les métrorragies après la ménopause. Leurs valeurs symptomatiques*. Thèse de Paris, 1933.
- CADENAT. — Danger de la biopsie dans le cancer du corps de l'utérus. *L'Hôpital*, 1930, p. 252.
- CANNON. — Nature des hémorragies utérines fonctionnelles.  
*Journal of obst. and gynec. of the British Empire*, 1931.
- CAPLAN. — *La biopsie dans les cancers utérins*. Thèse Paris, 1925.
- CAUSSE. — *Du curettage explorateur dans le diagnostic du néoplasme du corps utérin*. Thèse de Toulouse, 1932.
- CESBRON. — La curiethérapie des métrites hémorragiques.  
*Journal de chirurgie*, 1922, p. 595.
- CLAUZET. — *La métrite sénile*. Thèse de Montpellier, 1907.
- COTTE. — Fibrome et cancer du corps utérin. *Bull. soc. chir. de Lyon*, janvier 1931.
- COTTE et BERTRAND. — Généralisation osseuse d'un cancer du corps utérin. *Bull. soc. de méd. de Lyon*, mars 1922.
- COTTE, MARTIN et ROCHET. — A propos des fibromes utérins avec hémorragies. Considération anatomo-physiologique.
- COTTE. — *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. Masson, édit. 1928.
- COUDERT. — La métrite sénile. *Journal de méd. et de chir. pratique*, 1921.
- DAMBRUN. — Polype utérin simulant un cancer du corps.  
*Bull. soc. obst. et gyn. de Paris*, 1927.
- DELABRE. — *Cancer total de la muqueuse utérine*. Thèse de Lyon, 1923.
- DELATTRE. — *Diagnostic précoce du néoplasme du corps*. Paris, 1922.
- DELORE. — Tuberculose du corps utérin du type pseudo-néoplasique. *Bull. soc. obst. et gyn.* Paris, 1927.
- DESMARETS. — Un cas de polype sphacélé répondant anatomiquement à un cancer perforant du corps utérin.  
*Ann. anat. path.*, février 1927.

- A. DONALD et W.-F. SHAW. — L'âge dans le cancer du corps utérin. *Proc. of the Royal soc. of méd., sect. of obst. and gynéco.* Londres, 1922.
- DUCUING. — Toute femme qui saigne après la ménopause a un cancer utérin. *Bull. et mém. soc. obs. gyn.* Paris, 1932, p. 607.
- Valeur du curettage explorateur dans les hémorragies après la ménopause. *Bull. soc. obs. gyn.* 1932, p. 623.
- J. DUVAL. — *Cancer primitif du corps utérin.* Thèse Paris 1928.
- J.-L. FAURE. — Méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps utérin. *Presse médicale*, mai 1930.
- FAVRE et DECHAUME. — Adénome ou inflammation. Les reconstructions épithéliales dans l'inflammation chronique. *Journal de méd. de Lyon*, 20 déc. 1926, p. 717.
- FIOLE. — Cancer révélé par l'histologie. *Arch. franco-belg. de chir.*, 1924.
- FLHUMANN. — L'hyperplasie de l'endomètre. *Surgery gyn. and obs.*, 1931.
- G. GABORIAU. — *Les métrorragies essentielles de la ménopause.* Thèse de Paris, 1919.
- GAIFARMI. — La syphilis de l'utérus. *La clinica osbletrica*, juin 1924.
- GASNE. L. — *Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin.* Thèse de Paris, 1932.
- GEIST et GLASSMANN. — Valeur diagnostique du curettage dans les hémorragies que l'on nomme fonctionnelle de l'utérus. *Am. J. of obst. and gyn.* janvier 1932.
- GOINARD. — Le curettage explorateur en gynécologie. *Algérie médicale*, février 1934.
- GRAD. H. — Pathogénie des hémorragies utérines, d'après l'analyse de cent cas. *Am. J. of obst. and gyn.*, janvier 1923.
- GOUTTALLIER. P. — *Contribution à l'étude des hémorragies, après ménopause, sous la dépendance de lésions annexielles.* Thèse de Paris, 1931.
- GUYOT. — Intérêt du curettage. *Bull. soc. méd. et chir.* Bordeaux, février 1932.
- HERVÉ. — *Comment s'impose cliniquement le diagnostic du cancer du corps utérin.* Thèse de Lyon, 1929.

- HOFBAUER. — Étiologie de l'hyperplasie de l'endomètre. *Surgery gyn. and obst.*, février 1931.
- KAMNIKER. — A propos du traitement du cancer du corps. *Wienn. klin. Wochensch.* 1931.
- KELLER. — A propos des métrorragies chez la femme après la ménopause. *Bull. soc. obs. et gyn.*, 1926, p. 464.
- LADIN. — Un plaidoyer en faveur du curettage biopsique pour dépister le cancer du corps utérin. *Am. J. obst. and gyn.* Saint-Louis, 1929.
- LAHM. — Hypertrophie de la muqueuse et endométrite glandulaire de l'utérus considéré comme une maladie autonome. *Zentralblatt für gyn.* Leipzig, 28 mars 1925.
- G. LECLERC. — Le cancer utérin. *Presse médicale*, 1934, n° 49.
- LEFÈVRE. — Perforation au cours du curettage explorateur dans un cancer du corps utérin. *Toulouse médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1931, p. 684.
- LÉO. — De la biopsie dans les cancers du corps utérin. *Bull. et mém. soc. des chirurgiens de Paris*, 2 novembre 1928.
- LETULLE. — *Anatomie pathologique*. Masson, éditeur, 1931.
- MACK. — Interprétation histologique de l'hyperplasie de la muqueuse utérine d'après 200 cas. *Zentralblatt für gyn.* T. II, Leipzig. 17 août 1929.
- MASSON. — Diagnostic de laboratoire. *In traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (Sergent).
- MAZET. — *L'exploration digitale intra-utérine. Son importance pour le diagnostic et le traitement de certaines affections gynécologiques*.
- MÉNÉTRIÉR. — Cancer. *In nouveau traité de médecine et de thérapeutique* (Carnot).
- MÉRIEL. — Pour ou contre le curettage explorateur. *Concours médical*, 8 juillet 1934.
- Du curettage explorateur dans les métrorragies. *Toulouse médical*, 1<sup>er</sup> octobre 1931.
- MICHON. — *Valeur sémiologique des polypes de l'utérus*. Thèse de Lyon, 1923.
- MIKAILOWITSCH. — *Métastases vaginales dans le cancer du corps*. Thèse de Lyon, 1926.
- MOIROUD. — Artério-sclérose et métrorragie. *Marseille médical*, septembre 1925.

- MONOD. R. — Discussion société nat. de chirurgie, 5 avril 1933.
- MORESTIN. — Indication de curettage. *Bull. soc. anatomie*, juin 1908.
- MOUCHOTTE. — La pyométrie des femmes âgées. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, 25 juin 1924.
- La syphilis utérine. *Rev. de gyn. et obst.*, janvier 1923.
- MOULONGUET. — *Les diagnostics anatomo-cliniques du Professeur Lecène (appareil génital de la femme)*.
- Métrorragies après la ménopause causées par les tumeurs et les kystes de l'ovaire. *Gyn. et obst.*, 1924, p. 493.
- A propos des métrorragies observées après la ménopause et dues à une tumeur ou à un kyste de l'ovaire. *La gynécologie*, 1930.
- MOULONGUET et GASNE. — Diagnostic anatomo-pathologique entre les hyperplasies et les néoplasies de la muqueuse utérine. Application à la clinique gynécologique. *Annales d'anatomie pathologique*, juillet 1934, p. 736.
- Diagnostic et traitement des hémorragies de la ménopause. *Rev. critique de pathologie et de thérapeutique*, 1933, T. III.
- De la conduite à tenir dans les métrorragies de la ménopause en dehors du fibrome. *Bull. soc. d'obst. et gyn.* Paris, mai 1933.
- MULLER. — Biopsie négative. *Bull. et mém. soc des chir. de Paris*, 1932.
- MUNRO-KERR. — Fréquence du cancer du corps utérin dans le fibrome. *Bristish medic. Journal*, 1910, p. 68.
- MURET. — Des hémorragies post climatériques. *Gyn. et obst.*, 1927, p. 241.
- A propos du curettage explorateur. *Rev. méd. de la Suisse romande*, mars 1931, p. 129.
- NORISS. — Comparaison entre le diagnostic microscopique et le diagnostic clinique des néoplasmes malins de l'utérus. *The Am. J. of obst. and gyn.*, janvier 1923, n° 1.
- NOVAK. — Diagnostic anatomo-pathologique du cancer du col et du corps. Différenciation avec les lésions inflammatoires pseudo-malignes. *Am. J. of obst. and gyn.*, octobre 1929.

- NOVAK. — Interprétation et signification clinique des métrorragies. *Médical record*. New-York, juillet 1920, p. 43.
- Métastases ovariennes et cancer du corps. *Am. J. of obst. and gyn.*, 1927, p. 470.
- OFFUT. S.-R. — Relation entre cancer du corps et cancer des ovaires. *Surgey gyn. and obst.*, mars 1932.
- PAUCHET. — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin : la perforation utérine. *Bull. et mém. soc. des chirurgiens de Paris*, novembre 1928, p. 726 et 768.
- PETIT-DUTAILLIS. — Trois observations d'hémorragies génitales post ménopausiques de pathogénies très différentes. *La gynécologie*, novembre 1930, p. 641.
- Évolution diagnostic et traitement du cancer du corps utérin. *J. du Praticien*, novembre 1932.
- PETTIT. — *Diagnostic histologique du curettage utérin*, Thèse de Paris, 1900.
- PLAUCHU. M. — *Scléroses et réaction tissulaires*. Thèse de Lyon, 1934.
- PICARD. — *Les métrorragies à l'âge de la ménopause*. Thèse de Paris, 1934.
- POPOVITCH. L. — *Contribution à l'étude du cancer pavimenteux du corps utérin*. Thèse de Lyon, 1926-1927.
- QUÉNU J. et P. BUTAUD. — Les métrorragies qui surviennent après la ménopause. *Bull. médical*, 1934.
- QUÉNU. J. — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. *Bull. soc. obst. et gyn.* Paris, 6 novembre 1933.
- RICHARD. — *Les métrites séniles*. Thèse de Paris, 1897.
- RETTERER et S. VORONOFF. — De l'involution sénile de la muqueuse utérine. *Gynéco. Obst.*, 1924.
- ROSENSTEIN. F. — *Contribution à l'étude des métrorragies (en particulier après la ménopause)*. Thèse de Strasbourg, 1933.
- ROTH. — Diagnostic précoce du néoplasme du corps. *Gyn. et obst.*, 1929, p. 629.
- ROUSSY. — *Précis d'anatomie pathologique*.
- RUNGE. — Anatomie et clinique de la métropathie hémorragique. *Archiv. für gyn.*, 12 septembre 1923, fasc. II.
- SAMARA. — *Les dangers du curettage*. Thèse de Bordeaux, 1929.
- SCHAREJOWICZ. — *Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1928.

- SCHIFFMANN. — Nouvelles contribution à l'étude des hémorragies après la ménopause. *Archiv. für gyn.*, 1929.
- SCHMITZ. H. — Étiologie et traitement des hémorragies utérines. *Am. J. of obst. and gyn.*, mars 1928.
- SCHRÖDER. — Notion anatomique et clinique sur les métropathies. *Zentralblatt für gyn.*, décembre 1920.
- SÉJOURNET. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. *La gynécologie*, décembre 1923.
- SIREDEY. — Utilité de la biopsie pour le diagnostic précoce du cancer utérin. Académie de médecine de Paris, séance du 10 juillet 1923.
- Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Semaine des hôpitaux de Paris, mai 1929.
- Diagnostic précoce du cancer utérin. *Clinique et laboratoire*, 1923.
- Diagnostic précoce du cancer utérin. Faut-il dans les cas douteux faire une biopsie ? *Bull. et mém. soc. des chirurgiens de Paris*, 1929, p. 311.
- Société de chirurgie de Lyon. Discussion, octobre 1930.
- Société des chirurgiens de Paris. Discussion, mai 1929.
- Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Discussion, novembre 1933.
- Société de chirurgie de Toulouse. Discussion, janvier 1932.
- Société de chirurgie de Montpellier. Discussion, février 1924.
- SOMMER. — Révision clinique de 24 cas de métrite hyperplasique. *Zentralblatt für gyn.* Leipzig, septembre 1929.
- SPIVACK. — Histopathologie de l'utérus et ses rapports avec les métrorragies dites essentielles. *Surgery gyn. and obst.*, mai 1932.
- STACY. L. — Cancer du corps utérin. *Surgery gyn. and obst.*, juillet 1929.
- STAHLER. — Périodes asymptomatiques du cancer de l'utérus. *Arch. für gyn.*, juin 1933.
- TAYLOR. — Hyperplasie de l'endomètre et cancer du corps. *Am. J. of obs. and gyn.*, mars 1932, p. 309.
- TIETZE et Cl. MAYER. — Hémorragies chez les femmes de plus de 50 ans. *Mschr. geb. und gyn.*, juin 1931, p. 185.
- TIXIER et BONNET. — Le cancer total de la muqueuse utérine. *Bull. soc. de chirurgie de Lyon*, 1923.

- TIXIER et POLLOSSON. — A propos du cancer du corps utérin. Étude clinique et statistique. *Lyon chirurgical*, janvier 1931, p. 94.
- TOURNEUX. — Dégénérescence d'un polype fibreux dans l'utérus. *Gyn. et obst.*, 1920.
- VAN SMITH. — Le cancer du corps. *Am. J. of obs. and gyn.*, 1928.
- VILLARD. — A propos du cancer du corps utérin. *Bull. soc. de chirurgie de Lyon*, 16 octobre 1930.
- VIOLET. — Cancer du corps généralisé aux ovaires. *Bull. soc. Anatom.* Paris.
- Myome malin de l'utérus après la ménopause et épithélioma du corps utérin. *Lyon médical*, 1928.
- A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin. Communication au Congrès de Chirurgie de Paris, 1931.
- VOGT. — Dangers de la biopsie et du curettage dans les cas de suspicions de cancer du col et du corps utérin. *Méd. klin.* Vienne, 6 novembre 1931, p. 1617.
- WINDELL. — La syphilis utérine. *Am. J. of Surgery gyn.*, mars 1924, p. 54.
- WORRAL. — Hystérectomie pour maladies bénignes de l'utérus. *Bristish medical journal*, avril 1933.
- ZWEIFEL. — Valeur des signes précoces pour le traitement du cancer du corps utérin. *Zentralblatt für gyn.*, 1921.
- Hémorragies après la ménopause et diagnostic du cancer de l'utérus. *Deutsche méd. woch.*, août 1930, p. 1388.
-

## TABLE DES MATIÈRES

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| INTRODUCTION. ....                | 11 |
| EXPOSÉ DE NOTRE STATISTIQUE ..... | 13 |

### PREMIÈRE PARTIE

#### *Etude anatomique*

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I Anatomie macroscopique .....                     | 17 |
| CHAPITRE II Anatomie microscopique .....                    | 20 |
| CHAPITRE III Évolution .....                                | 25 |
| CHAPITRE IV Les associations .....                          | 27 |
| CHAPITRE V L'hyperplasie utérine. Anatomie, étiologie. .... | 31 |
| CHAPITRE VI Les états précancéreux. ....                    | 45 |

### DEUXIÈME PARTIE

#### *Etude clinique*

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I Fréquence du cancer du corps ..... | 51 |
| CHAPITRE II L'âge dans le cancer utérin ..... | 57 |
| CHAPITRE III Étude des symptômes .....        | 58 |

### TROISIÈME PARTIE

#### *Le diagnostic clinique du cancer utérin*

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I Diagnostic après la ménopause ..... | 66 |
| Les affections médicales .....                 | 66 |
| Les affections chirurgicales .....             | 70 |
| Les métrites .....                             | 78 |

|              |                                                        |    |
|--------------|--------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE II  | Le diagnostic au moment et avant la<br>ménopause ..... | 88 |
| CHAPITRE III | Conclusion .....                                       | 95 |

#### QUATRIÈME PARTIE

##### *Le curettage explorateur et l'examen histologique*

|              |                                                                     |     |
|--------------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE I   | Réfutation des critiques faites aux<br>procédés d'exploration ..... | 99  |
| CHAPITRE II  | Valeur du curettage et des examens<br>histologiques .....           | 114 |
| CHAPITRE III | Technique et interprétation des résultats                           | 121 |

#### CINQUIÈME PARTIE

##### *Observations*

|                     |                                                       |     |
|---------------------|-------------------------------------------------------|-----|
| I.                  | Les observations du cancer .....                      | 125 |
| II.                 | Les observations de lésions bénignes de l'utérus .... | 147 |
| CONCLUSIONS .....   |                                                       | 167 |
| BIBLIOGRAPHIE ..... |                                                       | 169 |

---







